سلسلة برامج لذوى الفئات الخاصة

الإرشاد السلوكى المعرفى

لاضطرابات القلق لدى الأطفال



دكتوره

أسماء عبد الله العطية

أستاذ مساعد - قسم العلوم النفسية

كلية التربية - جامعة قطر

مؤسسة حورس الدولية


محمد خطاب


MOHAMED KHATAB

MOHAMED KHATAB

الإرشاد السلوكى المعرفى لاضطرابات القلق لدى الأطفال

إعداد الدكتور

أسماء عبد الله العطية

أستاذ مساعد – قسم العلوم النفسية

كلية التربية – جامعة قطر

مؤسسة حورس الدولية

أسماء عبد الله العطية
الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال د/ أسماء عبد الله العطية.-
الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية، ٢٠٠٧.
١٧٨ ص، ٢٥سم
تدمك ٦ ١٨٦ ٣٦٨ ٩٧٧
١- الأطفال، علم النفس
٢- القلق (علم نفس)
أ- العنوان
١٥٥,٤

٢٠٠٨
طبعة أولى

رقم الإيداع بدار الكتب
٢٠٠٧/٢٠٠٥٣
الترقيم الدولى I.S.B.N
977-368-186-6
الإخراج وفصل الألوان
وحدة التجهيزات الفنية بالمؤسسة
كمبيوتر
إيهاب خفاجى
جرفيك
نرمين محمد عبد الفتاح

مدير النشر
مصطفى غنيم

مؤسسة حورس الدولية
للنشر والتوزيع
١٤٤ ش طيبة - سبورتنج - إسكندرية
ت. ف : ٥٩٢٢١٧١ - ت

مقدمة :

يعد الاهتمام بالطفولة من أهم المعايير التى يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره ، فهذا الاهتمام هو فى الواقع اهتمام بمستقبل الأمة ، فإعداد الأطفال ورعايتهم فى كافة الجوانب هو إعداد لمواجهة التحديات الحضارية التى تفرضها مقتضيات التطور والتغير السريع الذى نعيشه اليوم .

فمرحلة الطفولة بمالها من أهمية من حيث الخصائص، والمعدلات النمائية فى حياتنا تستوجب ألا يكون الطفل خلالها عرضة لاضطرابات عنيفة تزلزل أساس شخصيته فى المراحل النمائية المتتالية فيما بعد ، ولابد أن نضمن له مناخا هادئا مستقرًا يسوده الهدوء والاستقرار النفسي.

فالقلق يعد أحد الخصائص المضمرة فى نفسية الطفل ، أو المصاحبة لاضطرابات الشخصية لديه، والذى يمتد فى شدته من عدم الشعور بالارتياح حيال المستقبل إلى الشعور بالفزع غير المحدد من شئ ما سيئ قد يحدث ، وقد يصل به هذا الشعور أحيانًا إلى مرحلة تعوقه عن ممارسة الحياة بصورة عادية ، وبذلك قد يتخلل جميع جوانب حياته .

هذا الأمر يؤكد على أهمية استخدام أساليب وفنيات علاجية تتعامل ع مشاعر وأفكار وسلوك الطفل لخفض بعض اضطرابات القلق لديه، ومن هنا تصدت النظريات المعرفية السلوكية فى تناولها لاضطرابات القلق لدى الكبار والأطفال ، حيث استخدمت فنيات معرفية وسلوكية كأساليب علاجية والتى أثبتت فاعليتها فى خفض تلك الاضطرابات.

ويضم الفصل الأول وهو بعنوان : القلق لدى الأطفال : تعريف القلق ، الفرق بين الخوف والقلق ، القلق كحالة والقلق كسمة ، أنواع القلق ، اضطرابات القلق ، اضطراب القلق العام ، اضطراب قلق الانفصال ، المخاوف الاجتماعية ، المخاوف المرضية ، اضطراب الوسواس القهري ، اضطراب الهلع مع الخوف والأماكن المتسعة ، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، اضطراب الضغوط الحادة ، الصمت الاختياري ، سلوك رفض المدرسة ، أعراض القلق .

بينما يحتوي الفصل الثاني وهو بعنوان : الإرشاد المعرفي السلوكي ، على الفنيات المستخدمة في الإرشاد المعرفي السلوكي ، ودور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي . أما الفصل الثالث وهو بعنوان البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي ، فهو تضمن على مصادر إعداد البرنامج ، وأهمية

البرنامج ، والحاجة إليه ، والأسس التي يقوم عليها البرنامج ، والخدمات التي يقدمها البرنامج ، التخطيط العام للبرنامج ، وجلسات البرنامج .

وأدعو الله العلى القدير أن يوفقنا جميّعا لما فيه الخير والصلاح فى الدنيا والأخرة.

د. أسماء عبد الله العطية

الفصل الأول

القلق لدى الأطفال

الفصل الأول

القلق لدى الأطفال

يحتل القلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة ، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية ، والعرض الجوهري في الاضطرابات النفسية ، كما أنه السمة المميزة لعديد من الاضطرابات السلوكية والنفسية (مجدي عبد الكريم ، ١٩٩١ ، ١٦٢) .

ويمكن القول أن هذا العصر هو "عصر القلق" فمع تعقد الحضارة ، وسرعة التغيير الاجتماعي وصعوبة التكيف ، ومع التقدم الحضاري السريع والتفكك العائلي ، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من إغراءات الحياة ، وضعف القيم الدينية والخلقية يظهر الصراع والقلق لدى البعض ، مما يجعل القلق هو محور الحديث في الأمراض النفسية والعقلية بل والأمراض السيكوسوماتية (أحمد عكاشة ، ١٩٨٩ ، ٣٨) .

فالخوف والقلق من الانفعالات الإنسانية الشائعة ، فهما مفهومان مترادفان أو مرتبطان تبعاً لبعض وجهات النظر السيكولوجية ، فقد ظهر مفهوم الخوف منذ أقدم العصور في الكتابة الهيروغليفية والمصرية القديمة ، كما أبرزت كتابات عدد من الفلاسفة في العصور الوسطى مفهوم القلق ، فقد أكد مثلاً الفيلسوف العربي (ابن حزم) على عمومية القلق بوصفه حالة أساسية من حالات الوجود الإنساني ، ورأى أن غاية

الأفعال الإنسانية هي الهروب من القلق ، وأن كل أفعالنا وأحاديثنا تهدف إلى إطلاق القلق وتصريفه (أحمد عبد الخالق ، ١٩٨٧ ، ٢٥) .

القلق أيضاً حقيقة من حقائق الوجود الإنساني ، ويمثل جانباً ديناميا في بناء الشخصية ومتغيراً من متغيرات السلوك (فيولا الببلاوي ، ١٩٨٧ ، ٥) . ورغم أنه خبرة غير سارة قد تؤدى إلى تصدع الشخصية (فوقية حسن ، ١٩٩١ ، ١٢٥) . إلا أن وجوده بقدر ما يعد ضرورة للتكامل النفسي فهو يخدم أغراضا مهمة في حياة الإنسان ، فإحساس الإنسان بشيء من القلق ضرورة لازمة تمكنه من الانتباه للخطر قبل وقوعه ، فيحاول مجابهته أو تفاديه ، كما أنه يدفعه إلى الحرص على صحته ، وعلى مستقبله بالعمل ، فالقلق هو الدافع الذي يدفع الفرد لتحمل المسئولية والقوة التي تربط الأفراد في مجتمع أوسع ، وهكذا نجد أنه عاطفة عامة طبيعية وضرورية في حياة الإنسان ويصعب علينا أن نتصور عالمنا وهو خال من أي أثر للقلق (على كمال ، ١٩٨٨ ، ٦١) .

وهذا ما أكدت عليه فيولا الببلاوي (١٩٨٧ ، ٥) بأن القلق كظاهرة إنسانية هو من ناحية محرك أولى للسلوك ، وطاقة دافعية للحياة النفسية وتوجيهها ، وهو من ناحية أخرى مكون أساسي لاضطرابات الشخصية وانحرافات السلوك .

تعريف القلق :

لقد تعددت التعريفات التي تناولت القلق ، ففي هذا المجال يرى مصطفى سويف (١٩٧٥ ، ١٢٠) أن هناك اتجاهين لتعريف القلق ، حيث يمثل كل منها اتجاهاً محدوداً :

١) **الاتجاه الأول :** والذي يمثله المهتمون بالبحوث الإكلينيكية ، فهو حالة وجدانية غير سارة ، قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طبيعة الموقف الذي يواجهه الشخص مباشرة ، وغالباً ما ينطبع هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معاً ، وتكون هذه الحالة عادة مصحوبة بعدد من مظاهر الاضطراب في السلوك .

٢) **الاتجاه الثاني :** والذي يمثله المهتمون بالبحوث التجريبية ، فهو دافع أو حافز إذا ما استثير فإنه يؤدى إلى تنشيط الشخص في المواقف التي نطالبه فيها بأن يكتسب مهارة معينة ، كما أنه يساعد على تدعيم هذا الاكتساب .

ويمكن تعريف القلق التي تمثل اتجاه البحوث الإكلينيكية ؛ فيعرف طلعت منصور وآخرين القلق بأنه "حالة انفعالية دافعية مركبة نستدل عليها من عدد الاستجابات المختلفة ، فقد يكون القلق موضوعياً كرد فعل طبيعي لمواقف ضاغطة ، أو مرضياً كحالة مستمرة منتشرة غامضة مهددة" . (طلعت منصور وآخرين ، ١٩٨١ ، ٤٥٠) .

ويعرف سبيلبرجر Spielberger (١٩٧٩ ، ٥٦) القلق بأنه "ردود أفعال تركز أصلا على القلق الموضوعي عندما تكون المثيرات أو الإشارات داخلية " .

أما أحمد عبد الخالق (١٩٨٧ ، ٢٧) فيعرف القلق بأنه " انفعال غير سار وشعور مكدر بتهديد أو وهم دائم ، وعدم الراحة والاستقرار ، وهو كذلك أساس التوتر والشد والخوف الدائم الذي لا مبرر له من الناحية الموضوعية ، وغالبا ما يتعلق بالخوف من المستقبل والمجهول ، كما

يتضمن استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطرا حقيقيا ، والذي قد لا يخرج في الواقع عن إطار الحياة اليومية ، ولكن الفرد القلق يستجيب لها كما لو كانت ضرورات ملحة أو مواقف يصعب مواجهتها " .

بينما يعرف أحمد عكاشة (١٩٨٩ ، ٣٨) القلق بأنه " شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد " .

في حين يعرف عبد السلام عبد الغفار (١٩٩٠ ، ١١٩) القلق بأنه "خبرة انفعالية غير سارة يعانى منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً ، وغالباً ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية" .

أما علاء الدين كفافي (١٩٩٠ ، ٣٤٢) فيعرف القلق بأنه "خبرة انفعالية غير سارة ، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية" .

بينما يعرفه فوليه Wolpe (١٩٩٠ ، ٢٣) بأنه " نمط الاستجابة الفردية الأوتومانية للمثيرات والتي تؤدي إلى سلوك التجنب أو الهرب ، وتخضع في الغالب للنظام العصبي الأوتوماتيكي ، وأن تلك الاستجابات للمثيرات تكون مشروطة وضمن كل الاستجابات المتعلمة سواء التكيفية أو غير التكيفية " .

أما حامد زهران (١٩٩٧ ، ٤٨٤) فيعرف القلق بأنه "حالة توتر شاملة ومستمرة ، نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية " .

ويعرف عبد المطلب القريطي (١٩٩٨ ، ١٢١) القلق بأنه " حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل ائتلافاً أو مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر والفزع والرعب والانقباض والهم نتيجة توقع شر وشيك الحدوث أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما غامض يعجز المرء عن تبينه أو تحديده على نحو موضوعي ، وقد يكون مبعث هذا الخطر والتهديد الذي يؤدى بالفرد إلى القلق داخلياً كالصراعات أو الأفكار المؤلمة أو خارجياً كالخشية من شرور مرتقبة ككارثة طبيعية ، أو وجود عائق خارجي يؤدى إلى الإحباط " .

أما بالنسبة لتصنيف الدليل الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية المعدل (DSM-IV) فقد تناول مفهوم القلق من خلال تصنيفه لعدد من الاضطرابات وهى اضطراب الهلع Panic Disorder ، واضطراب الهلع ورهاب الأماكن المتسعة . Panic Disorder with Agoraphobia ، واضطراب الهلع بدون رهاب الأماكن المتسعة . Panic Disorder without Agoraphobia ، ورهاب الأماكن المتسعة بدون نوبات الهلع Agoraphobia without Panic Attact ، والمخاوف البسيطة Simple Phobia ، والمخاوف الاجتماعية Social Phobia ، واضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder ، وضغوط ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder ، واضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

Disorder ، واضطراب القلق غير المصنف Anxiety Disorder not other wise (المنظمة الأمريكية للطب النفسي American psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ١٩٩-٢١٨) .

ومن خلال استعراض التعريفات السابقة للقلق ، نرى أنها تتفق على اعتبار القلق حالة انفعالية سارة بها مزيج من مشاعر الخوف والتوتر والضيق والانزعاج يشعر بها الفرد عند التعرض لمثير مهدد غير واضح ، أو عندما يكون في موقف صراعي داخلي ولديه أفكار مؤلمة ، وعادة ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض الأعراض الجسمية .

الفرق بين الخوف والقلق :

لقد تعددت آراء العلماء في تناولهم لمفهومي الخوف والقلق ، فالبعض يرى أنه ليس هناك اختلافات واضحة بين المفهومين ، بينما أكد البعض الآخر على وجود فروق جوهرية واضحة بين مفهومي الخوف والقلق .

فيرى ب. ب. وولمان (١٩٨٥ ، ٣٧) أن عمليتي الخوف والقلق على الرغم من أنه يتم استخدامهما بصورة تبادلية ، إلا أن هناك اختلافاً واضحاً بينهما ، حيث يرى أن الخوف يعد استجابة انفعالية إزاء خطر حقيقي (في حالة الخوف العادي) ، أو غير حقيقي (في حالة الخوف المرضى) ، بينما يكشف القلق عن شعور تشاؤمي عام بهلاك محدق وشيك الوقوع ، وعليه يعتبر الخوف استجابة انفعالية وقتية إزاء خطر ما، يقوم على أساس تقدير المرء لقوته تقديراً منخفضاً بالقياس إلى قوة الخطر

الذي يهدده ، بينما العكس في القلق الذي يعد ضعفاً عاماً وشعوراً بعدم الكفاءة والعجز .

أما أحمد عكاشة (١٩٨٩ ، ٣٨) فيفرق بين الخوف والقلق اللذين عادة ما يكونان وحدة ملتصقة من حيث شعور الفرد في الحالتين ، فشعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة ناحيته في وسط الطريق تختلف تماماً عن شعوره بالقلق عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستريح لصحبتهم ، والأعراض الفسيولوجية المصاحبة لكل منهما ، ففي الخوف الشديد يظهر انخفاض في ضغط الدم ، وضربات القلب وارتخاء في العضلات ، أما في القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة .

ويستطرد علاء كفافي (١٩٩٠ ، ٣٤٣) في نفس الاتجاه السابق ، ويرى أنه على الرغم من التشابه بين الخوف والقلق فهما استجابتان سلبيتان تنشآن عند تعرض الفرد للخطر ، ولكن الباحثين يفرقون بينهما على أساس أن الخوف ينشأ عن موضوع أو مثير محدد يستطيع الفرد أن يسلك سلوكاً معيناً للتخلص من المثيرات المخيفة أو الابتعاد عنها ، بينما القلق ينشأ من مثير غير محدد يجد الفرد صعوبة في تحديد الموضوع الذي يثير قلقه ، وعليه فإنه يعجز عن إتيان السلوك المناسب أو الكفء لاستبعاد هذه المثيرات أو تجنبها .

ويرى ماكبريد (١٩٦٠ ، ٣٥) بأن القلق صورة من الخوف العصابي أو المرضي ، والخوف العصابي نوع من الخوف لا يدرك له الفرد مصدراً أو موضوعاً في الواقع الخارجي . ويمكن اعتبار القلق

انفعالاً مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر (حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ٤٨٤) .

وعليه يمكن إجمال الفروق بين كل من الخوف والقلق في أن مصدر التهديد في حالة الخوف خارجيٌ ، وبالتالي يسهل تحديده ، بينما يكون مصدر التهديد في حالة القلق داخلياً (لا شعورياً) يصعب تحديده . وأن استجابة الخوف مؤقتة تزول بزوال الموضوع المثير لها ، بينما تتسم استجابة القلق بالدوام والاستمرارية لارتباطها بمثيرات أقل تحديداً وأكثر غموضاً .

ومن الأهمية بمكان أن نفرق بين هذين الانفعالين لدى الأطفال فالخوف يعتبر رد فعل إزاء تهديد معين . فالطفل الذي يخاف من شيء فانه يدرك مصدر الخوف على أنه أقوى منه ، ومن ثم فإن لديه القدرة على إيذائه . ويرتبط شعوره بالخوف إدراكه لنفسه على أنه ضعيف بالقياس لقوة تهدده . ومما يساعد على تخفيف هذا الشعور وجود شخص قوى كالأب أو الأم . وينشأ القلق من إحساس عام بالضعف ، ومن هنا يكون عدم القدرة على مجابهة الأخطار ، فالطفل المرتعب يشعر أنه لا يستطيع التصدي لخطر بعينه .

أما الطفل القلق anxious فإنه يقلل دائماً من شأن قدرته على مواجهة الحياة بصفة عامة أو مواجهة معظم المواقف على أقل تقدير ، ولا يساعد وجود الأم على القضاء على إحساسه بعدم الارتياح ، فالقلق لا يأتي من الخارج ، وإنما يأتي من الداخل . ولهذا التمييز دلالة وأهمية خاصة في مجال سيكولوجية الطفل ، على أساس أن الطفل الذي يخاف الكلاب قد يكون بخلاف ذلك طفلاً سعيداً نشيطاً ذا شخصية منطلقة

منبسطة ، فمشكلته محدودة ، ويستطيع من يحاول مساعدته التغلب على هذه المشكلة وذلك بالاعتماد على إمكانات هذا الطفل .

علاوة على هذا فإن عملية النمو والتطور النفسي في حد ذاتها سوف تعمل على زيادة قدراته وطاقاته وإيمانه بنفسه ، كما أن ثقته المتزايدة بنفسه قد تساعده على التغلب على مخاوفه . أما بالنسبة للطفل الذي يعانى من القلق فليست هناك مشكلة خارجية ، فالمشكلة هي الطفل نفسه وشخصيته ككل ، فهو لا يخاف شيئاً بعينه وإنما يخامره إحساس عام بعدم الأمان الذي قد يؤثر تأثيراً ضاراً على سلوكه ككل ، مما يسبب إعاقة تعرقل تعلمه وصعوبات اجتماعية ، ومشكلات متنوعة تنطوي على مخاوف نوعية . (ب. ب. وولمان ، ١٩٨٥ ، ٣٨) .

القلق كحالة والقلق كسمة : State Anxiety ، Trait Anxiety

كان كاتل Cattle أول من قدم مفهومي القلق كحالة State Anxiety والقلق كسمة Trait Anxiety (سبيلبرجر وآخرين ، ١٩٩٢ ، ١٠) ، وقام سبيلبيرجر Spiclberger بتطوير هذين المفهومين ، حيث ميز بين القلق كحالة والقلق كسمة ، فيعرف القلق كحالة بأنها رد الفعل للانفعالات أو المشاعر غير السعيدة للضغوط الخاصة ، وأن كل شخص يخبر حالة القلق من وقت لآخر . وعرف القلق كسمة بأنها الفروق الفردية بين الأفراد في الاستجابات للقلق والتي تبدو في رؤية العالم كشيء مهدد وخطر ، وأنها تكرار لحالة القلق لفترة أطول من الزمن .

ويرى كاتل Cattle (١٩٧٤) أن حالة القلق تتغير حسب المواقف وأن التباين بين تلك المواقف أكثر ارتفاعا من التباين بين الأفراد ، وأن سمة القلق تتغير حسب الأفراد وأن التباين بينهم أكثر ارتفاعا من التباين بين المواقف (عبد الرقيب البحيري ، ١٩٨٢ ، ١١-١٢)

ولقد تحدث سبيلبرجر وآخرين Spielberger et.al (١٩٧٣ ، ٥) عن القلق كحالة وسمة لدى الأطفال ، حيث يعد القلق كحالة أمرا طبيعيا لديهم عند تعرضهم لمواقف ضاغطة ، ويخبر القلق كحالة لدى الأطفال ذوي سمة القلق المرتفعة بدرجة وتكرار أعلى عن ذوي سمة القلق المنخفضة ، لأنهم يدركون الكثير من الظروف على أنها مهددة وخطرة بدرجة عالية ، والتي هي على سبيل المثال المواقف التي يتوقع فيها الفشل ، أو مواقف التقييم ، هذا ويرجع الاختلاف بين الأطفال في القلق كحالة وكسمة إلى إدراك الطفل نفسه للمواقف على أنها مهددة أو خطرة والذي يتأثر إلى حد كبير بالخبرات السابقة . وقد ميز هو وزملاؤه في عام (١٩٧٠) بينهما على أساس أن السمة ثابتة ، أما الحالة فهي مؤقتة تبعاً للمواقف وإدراك الفرد لها (محمد محمد الشيخ ، ١٩٨٧ ، ٢) .

فيمثل القلق كحالة على أنه حالة انفعالية موقفية مؤقتة تنشط في مواقف الضغط والشدة التي يدركها الفرد كمواقف مهددة لذاته ، وتنخفض أو تختفي هذه الحالة بقدر زوال مصدر التهديد أو أمارات التهديد . أما القلق كسمة فيعد من سمات الشخصية فهو استعداد ثابت نسبياً كامن في الفرد ، نتيجة خبرة متعلمة في مواقف مؤلمة سابقة ، ويستثار بمثيرات إما من داخل الفرد أو من خارجه . وهذا ما افترضه سبيلبرجر في أن القلق كسمة يعكس الخبرة السابقة التي تحدد بطريقة ما الفروق الفردية في

الاستهداف للقلق ، أي الاستعداد لإدراك مواقف معينة على أنها مواقف خطر ، ومن ثم الاستجابة لها بحالات القلق . وأن هذه الخبرات السابقة لها تأثير كبير على مستوى سمة القلق قد ترجع في بعض الأحيان إلى الطفولة ، وبخاصة تلك المتعلقة بالعلاقات بين الوالدين والطفل ، خاصة المتعلقة بمواقف العقاب ، ولهذا فإن مستوى سمة القلق لا يتوقع أن يؤثر في استجابة حالة القلق لكل المثيرات ، وإنما لمثيرات من نوع معين (فيولا الببلاوي ، ١٩٨٧ ، ٥-٦) .

ولقد أشار سبيلبرجر وآخرين إلى تشابه القلق كحالة والقلق كسمة في جوانب معينة ، كالطاقة الحركية والطاقة الكامنة . فيشير القلق كحالة (والذي يشبه الطاقة الحركية) إلى (رد فعل) واضح وملموس ، أو إلى عملية تحدث في زمن معين ومستوى محدد من الشدة ، في حين يشير القلق كسمة (والتي تشبه الطاقة الكامنة) يمكن أن ينطلق إذا فجرته قوة كافية ، وتتضمن سمة القلق فروقاً بين الناس في الميل إلى الاستجابة لمواقف عصبية ذات درجات مختلفة في حالة القلق ، حيث يبدي الأفراد ذوي سمة القلق المرتفعة ارتفاعاً في حالة القلق لديهم وبتكرار أعلى بالمقارنة بالأفراد من ذوو سمة القلق المنخفضة ، وذلك لأنهم يميلون إلى تأويل مدى واسع من المواقف على أنها خطرة ومهددة ، فهم يتجهون أيضاً للاستجابة بدرجة مرتفعة من الشدة المتعلقة بحالة القلق في المواقف المدركة على أنها مهددة لهم (سبيلبيرجر وآخرين ، ١٩٩٢ ، ١١-١٢) .

أنواع القلق :

ميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق وهي القلق الواقعي (الموضوعي) والقلق العصابي ، والقلق الخلقي . وهذه الأنواع الثلاثة للقلق لا تختلف فيما بينها اختلافاً نوعياً ، إذ تشترك كلها في أنها غير مريحة ومؤلمة لكنها تختلف من حيث أصل كل منها . فالقلق الواقعي (الموضوعي)Objective Anxiety هو خبرة عاطفية ناتجة من إدراك خطر ما في العالم الخارجي ، وهذا الخطر يهدد الشخص بأذى ما ، وقد يكون للخطر وإثارة القلق خطر بمعنى أن يرث الفرد ميلاً للخوف من أشياء معينة أو في ظروف معينة ، أو قد يكونا مكتسبين من خلال تجارب الفرد في الحياة .

أما القلق العصابي Neurotic Anxiety وهذا النوع من القلق يستثار عن طريق إدراك خطر مصدره الغرائز ، ويتخذ ثلاثة أشكال ، فهناك النوع الهائم الطليق من التوجس الذي يتعلق بموضوع مناسب أو غير مناسب من موضوعات البيئة . ثم النوع الآخر الذي يعرف بأنه حالة من الخوف الشديد غير المعقول ، وهو يسمى بالخوف المرضي أو الفوبيا (Phobia) وأهم ما يميزه هو أن قوته لا تتناسب مطلقاً مع الخطر الحقيقي الذي ينتج من الشيء موضوع الخوف . حيث يكون منبثقاً من الهي لا في العالم الخارجي . أما النوع الثالث فهو استجابات الذعر والهلع Panic or Near – Panic Reactions وهو صورة متطرفة لرد فعل من طبيعته أن يحدث غالباً في صورة أقل عنفاً ، وهذا يلاحظ عندما يعمل شخص ما شيئاً مخالفاً لسلوكه العادي .

وبالنسبة للقلق الخلقي Moral Anxiety الذي يستثار كأحاسيس إثم أو خجل عند الإنسان عن طريق إدراك خطر مصدره الضمير ، فالضمير بصفته الممثل الداخلي لسلطة الوالدين يهدد بعقاب الشخص إذا اقترف أمراً ، أو فكر في أمر مخالف للأهداف الكمالية ، للأنا المثالية التي غرسها الوالدان في الشخصية ، فالخوف الأصلي الذي يشتق من القلق هو خوف موضوعي ألا وهو الخوف من الوالدين المعاقبين (كالفن هول ، ١٩٨٨ ، ٦٩-٧٧) .

أما ديفيد شيهان (١٩٨٨-١٦-١٧) فقد صنف القلق في نوعين أساسيين هما :

- القلق الخارجي المنشأ Exogenous وهو ذلك القلق الذي ينشأ أو ينتج من الخارج ويستطيع الفرد أن يميز دائماً مصدراً مقبولاً يبرر هذا النوع من القلق عند حدوثه .
- القلق داخلي المنشأ Endogenous وهو ذلك النوع من القلق الذي يولد الشخص ولديه استعداداً وراثياً له ، وهو عادة يبدأ بنوبات القلق تأتي دون إنذار أو سبب ظاهر ، فيشعر هنا كأن الأمر يدهمه من داخل جسمه وليس استجابة لوقائع خارجية .

وتحدث أحمد عبد الخالق (١٩٨٨ ، ٣١-٣٩) عن القلق الهائم الطليق Free- Floating على أنه قد يكون شاملاً ، بحيث يتخلل جوانب عديدة من حياة الإنسان غير محدد ويسمى بالقلق العام . لكنه من ناحية أخرى يمكن أن يكون محدداً Specific بمجال أو موضوع معين خاص أو تثيره مواقف ذات قدرة متشابهة . كقلق الامتحان أو قلق الاختبار أو

التحصيل Test Anxiety ، وهو نوع من القلق المرتبط بمواقف الاختبار بحيث تثير هذه المواقف في الفرد شعوراً بالخوف والهم العظيم عند مواجهة الاختبارات ويسمى بالقلق المعطل عندما تكون درجته مرتفعة . أما قلق الجنس Sex Anxiety فهو الهموم والمخاوف المتصلة بالجنس . والقلق الاجتماعي وقصد به قلق الحديث أمام الناس Public Speaking Anxiety المتصل بالمواقف الاجتماعية الخاصة بالتحدث أمام الناس ، وما ترتبط به من شعور بالارتباك والخشية من الفشل واحتمال الوقوع في الخطأ وبعض الأعراض الجسمية . أما قلق الموت Death Anxiety فهو نوع من القلق الهائم أو الطليق والذي يتمركز حول موضوعات متصلة بالموت .

وفي هذا المجال وصف أنتوني Anthony (١٩٦٧) ثلاثة أنواع شائعة للقلق لدى الأطفال وهي على النحو التالي :

- قلق العدوى Contagious Anxiety (تقليداً لقلق الكبار) ويكتسبه الطفل بالتفاعل مع من يعانون من قلق عصابي من البالغين الذين يتوحد معهم ، فيكتسب استجابات القلق من خلال التعلم بالملاحظة والتعزيز .
- قلق الأذى أو الإصابة Traumatic Anxiety والذي ينشأ من الأحداث غير المتوقعة التي يشعر الطفل بالعجز في مواجهتها ، وتؤثر مدى خطورتها إلى جانب ردود فعل الوالدين لتلك المخاوف على حدة قلق الإصابة .

- قلق الصراع Conflict Anxiety والذي يعد أكثـر أنـواع القلـق صعوبة في التحديد لأن الأحداث السابقة له أقل وضوحاً وينشأ مـن القوى النفسية المتفاعلة . (محمد جميل ، ١٩٨٤ ، ٢٨٣-٢٨٤) .

اضطرابات القلق : Anxiety Disorders

يعد القلق واضطراباته من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بمرحلة الطفولة ، فهي تؤثر على حوالي ١٠% من الأطفال (دولان وبرازيل Dolan & Barazeal ، ١٩٩٣ ، ٥٦٣) . فحين أشار كارني وآخرين Kearny et al (١٩٩٥ ، ٣-٤) بأن أعراض هذه الاضطرابات تؤثر على حوالي من ٨% إلى ١١% من الأطفال والمراهقين ، وقد يتضاعف هذا الرقم إذا ما ارتبطت هذه الاضطرابات بمشكلات أخرى كمشكلات النوم ، وسلوك رفض المدرسة ، يضاف لذلك ارتباط أعراض القلق في مرحلة الطفولة غالباً بمشكلات أخرى كالنشاط الزائد ، واضطراب التواصل ، وانخفاض التحصيل الأكاديمي والمشكلات الأسرية والاجتماعية ، وانخفاض تقدير الذات ، والأعراض الجسمية (برنستين وبروين Bernstein & Perwien ، ١٩٩٥ ، ٣٠٥) ، (Ross, J., et.al., 2003) ، (Alfano, C., et.al., 2007) .

وفي بعض الأحيان التشتت وعدم القدرة على التركيز وأفكار حول فقد التحكم والأذى الجسمي والاجتماعي معاً (شامبلس وجيليس Chambless & Gillis ، ١٩٩٣ ، ٢٤٨) . فيظهر لديهم توقع الكوارث واللوم القاسي للذات والآخرين ، وابتغاء الحلول الكاملة كأفكار مرتبطة بسمة القلق في مرحلة الطفولة ، في حين تظهر فكرة طلب الاستحسـان

كفكرة لاعقلانية مرتبطة بحالة القلق (محمود السيد عبد الرحمن ، معتز سيد عبد الله ، ١٩٩٤ ، ٤٣) .

وكثيرا ما يرى الطفل القلق بأن الأحداث السلبية سوف تحدث له أكثر من حدوثها للآخرين ، ويتحدث لذاته بطريقة أكثر سلبية ، والمتضمنة استحواذ فكرة الخوف من الأذى وتوقعاته السلبية ونقص الثقة بالنفس والخوف من المواقف الجديدة (أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال ، ١٩٩٠ ، ٢٤) ، (كيندال Kendall ، ١٩٩٤ ، ١١ – ١١١) . (دالنش وآخرين Dlagleishish et al ، ١٩٩٧) ، وقد يظهر قلق شديد نحو الانفصال والتقييم الاجتماعي (بيرن Perin ، ١٩٩٧) أو نوبات هلع وخوف من الأماكن المتسعة ، ومن الأذى الجسمي ، والوسواس القهري ، والقلق الزائد ، وأن أكثر هذه الأعراض شيوعا لدى الأطفال هي المخاوف الاجتماعية وأقلها الوسواس القهري والتي تظهر لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور(سبنس Spence ، ١٩٩٧ – ١٩٩٨) . إضافة إلى الشكوى من أعراض نفسجسمية كالصداع والألم دون وجود سبب عضوي والشعور السريع بالتعب وصعوبة النوم والشد العضلي (Mary M. Jensen ، ٢٠٠٥ ، ١٦٧) ، (Davies, Mark, et. al., 2006)

وكثيرا ما يبدو على الطفل القلق أعراض الاكتئاب ، وذلك كما أوضحت نتائج بعض الدراسات ، كدراسة ستراس وآخرين Strauss et.al. (١٩٨٨) التي أشارت إلى أن ٢١% من الأطفال القلقين أظهروا اكتئابا مزمنا . ثم دراسة اولينديك وآخرين Ollendick et al (١٩٩١) وكولي وآخرين Cole et al (١٩٩٧-١٩٩٨) .

لذا أصبح للقلق واضطراباته كما أشار سبيلبرجر وآخرين (١٩٩٢ ، ٣١١) أهمية بالغة في الطب النفسي الحديث ، وأفردت له فئة مستقلة في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية والعقلية شملت معظم ما كان يسمى بالعصاب Neurosis فأصبحت تضم اضطراب الهلع Panic Disorder ، المخاوف المرضية Phobia (كالخوف من الأماكن الواسعة ، والمخاوف الاجتماعية ، والمخاوف البسيطة) ، واضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder ، واضطراب المشقة أو الانعصاب التالي للصدمة Stress ، واضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder ، واضطراب قلق غير محدد Anxiety Disorder Not Otherwise Specified .

كما تناول هذا الدليل اضطرابات القلق لدى الأطفال وهي اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder ، واضطراب القلق الزائد Overanxious Disorder ، واضطراب التجنب Avoidant Disorder .

ويرى لاست وآخرين Last et al (١٩٩١ ، ٩٢٨) بأنه هناك أربعة اضطرابات أخرى للقلق لدى الكبار يمكن أن تنطبق على الأطفال ، كاضطراب الهلع ، واضطراب القلق العام ، واضطراب الوسواس القهري ، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة .

وتناول الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية DSM IV ، اضطراب قلق الانفصال والصمت الاختياري ضمن اضطرابات الطفولة والمراهقة ، وأفردت فئة خاصة لاضطرابات القلق

اشتملت على أربعة عشر نوعاً لاضطرابات القلق (المنظمة الأمريكية للطب النفسي American psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ١١٠-١١٥) .

في حين أشار بشير الرشيدي وآخرين (٢٠٠٠ ، ٢٠٧) إلى اضطرابات القلق لدى الأطفال والتي حددت في الدليل العاشر للاضطرابات النفسية (ICD – 10) في ثلاث فئات ضمن مجموعة الاضطرابات الانفعالية وهي اضطراب قلق الانفصال ، واضطراب القلق الرهابي ، واضطراب القلق الاجتماعي ، وهو ما تأخذ به سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية في مرحلتي الطفولة والمراهقة بدولة الكويت .

واتفقت سبنس Spence (١٩٩٧ ، ٢٨٣) مع لاست وآخرين Last et al(١٩٩١) فيما أشاروا إليه من أن اضطرابات القلق لدى الأطفال ، هي كل من اضطراب القلق العام ، واضطراب الوسواس القهري ، إضافة إلي اضطراب قلق الانفصال ، والخوف من الأذى الجسمي والمخاوف الاجتماعية ، ونوبة الهلع والخوف من الأماكن المتسعة ، وذلك من خلال دراستها التي تناولت أعراض القلق لدى الأطفال دراسة عاملية .

ولم تختلف تلك الاضطرابات عما تناولته كل من ميزا وموريس Masia & Morris (١٩٩٨ ، ٣-٤) عند تناولهما لتلك الاضطرابات لدى الأطفال والمراهقين كما وردت في دليل المنظمة الأمريكية لاضطرابات القلق ، حيث شملت تسعة اضطرابات فهي إضافة إلى ما ذكره كل من لاست وآخرين Last et al(١٩٩١) وسبنس Spence(١٩٩٧) ذكرا الصمت الاختياري وسلوك رفض المدرسة .

ولقد أشار كولي Quille (١٩٩٨ ، ٧-١٢) في مراجعته للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية DSM – IV والمنظمة الأمريكية لاضطرابات القلق لتعريف اضطرابات القلق لدى الأطفال إلى نفس الاضطرابات السابقة ، والتي أضيف إليها اضطراب الضغوط الحادة Acute Stress Disorder ، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder .

وتتفق سيلفرمان والبن Silverman & Albano (١٩٩٦ ، ٧) في تناولهما لاضطرابات القلق لدى الأطفال مع تصنيف المنظمة الأمريكية لاضطرابات القلق ، وذلك في قائمة اضطرابات القلق للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية التي قاما بإعدادها وتضمنت اضطرابات القلق إضافة إلى اضطرابات أخرى ، إلا أنها اختلفت في تناول اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المتسعة ، حيث أشارت إلى اضطراب الخوف من الأماكن المتسعة مع أو بدون اضطراب الهلع Agoraphobia with or without Panic Disorder ، واضطراب الهلع Panic Disorder والخوف من الأماكن المتسعة ، وحذفت اضطراب الضغوط الحادة ؛ مما يؤكد على أهمية التعرف على اضطرابات القلق لدى الأطفال من خلال الأطفال أنفسهم ووالديهم وذلك عبر المراحل العمرية المختلفة (Birmaher, B., et al.,2004) .

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن اضطرابات القلق لدى الأطفال والتي تم تناولها من قبل الباحثين أشارت في مضمونها إلى أنها لا تختلف كثيرا عن اضطرابات القلق لدى الكبار ، هذا وسوف نتناول بشيء من التفصيل هذه الاضطرابات .

اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

كان يعرف هذا الاضطراب باسم اضطراب القلق الزائد لدى الأطفال Overanxious Disorder في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية ، وتم ضمه تحت اضطراب القلق العام في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية . حيث يشير إلى حالة من التوتر والانزعاج المرتبطة ببعض الأعراض كصعوبة التركيز وحدة الطبع والإعياء والشد العضلي واضطراب النوم (برنستين وبروين Bernstein & Perwien ، ١٩٩٥ ، ٣٠٦) ، (ميزا وموريس Masia & Morris ، ١٩٩٨ ، ٤) .

فيبدو القلق المفرط تجاه المستقبل والاهتمام الزائد بتقييم الآخرين ، والحاجة إلى أقصى طمأنينة من قبل الآخرين وزيادة الوعي بالذات ، وغالباً ما تظهر بعض الأعراض النفسجسمية المتعددة كالشعور بالصداع وألم المعدة وصعوبة التنفس وغيرها . والشعور بالوحدة والخجل والعزلة الاجتماعية ، إضافة إلى إدراك الذات بأنها أقل من الآخرين وقلة احترامها ، والاكتئاب والأفكار والمحاولات الانتحارية وضعف التوافق الاجتماعي (ستراس Strauss ، ١٩٨٨ ، ٢٣٤ –٢٣٦) . وقد يتضمن هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض تعكس قلق الانفصال أو قلق المخاوف الاجتماعية (لاست وآخرين Last et al ، ١٩٨٩ ، ٢٣) .

ويشبه تشخيص هذا الاضطراب إلى حد كبير تشخيص اضطراب القلق العام لدى الكبار . وربما يكون سبب استمراره الأحداث المؤلمة في حياة الطفل ، واضطراب البيئة الأسرية وأحداث الحياة التي يجد الطفل معها صعوبة في التوافق ، كتغيير المدرسة أو موت من يحب أو رؤية الحوادث . (ثير Thyer ١٩٩١ ، ٣١٦) . هذا ويؤثر هذا الاضطراب على حوالي ٣% من الأطفال ، وتتنوع أعراضه وسن الأطفال ، حيث يظهر الأطفال الكبار أعراضاً وقلقاً أكثر نحو أحداث الماضي ، والمستقبل عن الأطفال الصغار ، وقد يرتبط نمو هذا الاضطراب لدى الأطفال وخصائص الأسرة ، فعلى سبيل المثال المعايير الفائقة التي يضعها الوالدين للطفل ، كذلك الأم القلقة قد تنمي القلق لدى طفلها عن الأم العادية . (دولن وبرزيل Dolan& Brazeal ، ١٩٩٣ ، ٣٦٥ – ٣٦٦) . حيث أشارت نتائج دراسات كل من روزسنبورم وآخرين Rosebaum et al(١٩٩٢) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين ما يعانيه الوالدان من قلق وظهور بعض أعراضه لدى أطفالهم ، ودراسة آمال عبد السميع أباظة (١٩٩٥) التي أوضحت دور التفكك الأسرى في ظهور القلق والاكتئاب لدى الأطفال ، ودراسة كابس وآخرين Capps et.al. (١٩٩٦) التي أكدت على العلاقة بين سمة القلق لدى الوالدين والأطفال ، وبين الضغوط الوالدية وقلق الأطفال كما جاء في دراسة سيد أحمد حجاج(١٩٩٢) ، ثم دراسة لاست وآخرين Last et al (١٩٨٦) التي أشارت إلى أن حوالي ٨٣% من أمهات الأطفال الذين يعانون من قلق انفصال وقلق زائد كن يعانين من قلق مزمن .

اضطراب قلق الانفصال : Separation Anxiety Disorder

اضطراب قلق الانفصال : Separation Anxiety Disorder ويطلق البعض عليه حصر الانفصال للإشارة إلى ذلك القلق الذي يعتري الطفل في باكورة مهده وحتى مراهقته وهو الانفصال عن أحد الوالدين أو كليهما ، أو عن القائم برعايته Care Taker وهـو يرتبط بالخوف من الانفصال(ب . ب . وولمان ، ١٩٨٥ ، ٨٣) . خاصة عن الوالدين ، فالطفل هنا قلق حول الأذى الذي قد يقع لوالديه كالموت أو التعرض للحوادث ، فيجلس الطفل قريباً جـداً من والديه ، ويلتصق بهما عنـدما يكون ذلك ممكناً (كالذهاب إلى السوق ، أو الطبيب) وربما النوم معهما .

أما في الأطفال الأكبر سـناً فيظهر التردد في البقاء وحيداً بالمنزل ، أو الانشغال بأنشطة في حالة عدم وجود الوالدين ، والتردد أو رفض الذهاب للمدرسة وأحياناً القيام بمحاولة الهروب منها ، وإضاعة الوقت في الروتين الصباحي ، وكثرة الشكوى من المرض ، والاتصال بالوالدين للسؤال عنهم أو لأخذهم للمنزل ، وأخيراً ظهور الضغوط في شكل أعراض جسمية كنوبات الغضب والبكاء ، واضطرابات المعدة وغيرها . وقد يظهر هذا الاضطراب بنسبة ٢% إلى ٤% لدى الأطفال والمراهقين . (دولن وبرازيل Dolan & Brazeal ، ١٩٩٣ ، ٥٦٤ – ٥٦٥) . كما قد يرفض الطفل قضاء الليل بعيداً عن والديه ، أو الذهاب بعيداً عن المنزل ، وقد يبكي الطفل ويتحدث عن خوف وقلق غير واقعي للأذى الكامن الذي قد يحدث

لوالديه ، وتظهر عليه بعض الأعراض النفسجسمية كالصداع وألم المعدة . (ثير Thyer ، ١٩٩١ ، ٣١٢) .

ويشير كيندال Kendall (١٩٩٢ ، ٥-٦) إلى أن هذا الاضطراب يظهر بعدة طرق ، ففي الطريقة الأولى وهي الأكثر وضوحاً للضيق الزائد عند الانفصال ، والذي يظهر في النمط الشديد الضيق كهلع ، أما في الطريقة الثانية وهي القلق المرضي حول الخطر الكامن الذي يهدد سلامة الأسرة وهو السمة المميزة لهذا الاضطراب ، حيث يفكر الطفل بأن والديه قد يتعرضان إلى الخطر كالحوادث والموت وغيرها .

وتوضح Mary M . Jensen (٢٠٠٥ ، ١٦٩) الخصائص المخاوف المرتبطة بكل سن وهي :

- ٥ – ٨ سنوات التعلق والأحلام المزعجة عن الناس الهامين في حياة الطفل واحتمال تعرضهم للأذى ورفض الذهاب للمدرسة .
- ٩-١٢ سنة الضغوط الزائدة عن الانفصال عن الوالدين .
- ١٣-١٦ سنة رفض الذهاب للمدرسة والأعراض السيكوسومائية كالصداع ، الم المعدة وتجنب البعد عن الوالدين .

وفي هذا المجال يرى كل من عباس محمود عوض ، ومدحت عبد الحميد عبد اللطيف (١٩٩٠ – ٩٧ – ١٠٩) أن هناك بعض المظاهر الإكلينيكية المرتبطة بهذا الاضطراب كالرغبة في البقاء بالمنزل والخوف من الظلام ، والأماكن المفتوحة ، والخوف من

التغيير والشعور بالضياع ، والقلق من المواقف الجديدة والمفاجئة ، إضافة إلى الشعور بالحزن وفقدان الشهية ، وعدم الرغبة في ممارسة الألعاب مع الأقران ، وقلة الحيوية وظهور بعض الأعراض الجسمية كالصداع والأرق والأحلام المزعجة التي قد تتطور إلى كوابيس . ثم الشعور بالتهديد من الانفصال عن الوالدين . وهذه كلها أعراض اكتئابية مصاحبة لقلق الانفصال . وقد يظهر لدى الأطفال الذين يعانون من هذا اضطرابات قلق أخرى كاضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة في مرحلة الرشد . (دولن وبرزيل Dolan & Brazeal ، ١٩٩٣ ، ٥٦٥) .

المخاوف الاجتماعية : Social Phobia

كان يعرف هذا الاضطراب سابقاً باسم اضطراب التجنب ، للإشارة للخوف الواضح المستمر من المواقف الاجتماعية . وغالبا ما تتداخل المخاوف الاجتماعية مع اضطراب التجنب خاصة في الصفات المعرفية ، فيتضمن النشاط المعرفي في هذين الاضطرابيين تفكير الأطفال بأن الآخرين سوف يرون سلوكهم أو آراءهم وأفكارهم سخيفة وموضع سخرية ، وأنهم غير ناضجين ، وسوف يضحكون على أخطائهم حتى لو كانت بسيطة ، وأنهم لا يحبونهم ويريدون إهانتهم . (برنستن وبروين Bernstein & Perwien ، ١٩٩٥ ، ٣٠٦) . ويختلف الخوف الاجتماعي عن الخوف العادي من التحدث أمام الآخرين ، الذي عادة ما يختفي كلما تقدم المتحدث في حديثه أو كلما مر بخبرات مماثلة للموقف ، بينما في الخوف الاجتماعي ربما يزداد سوءاً ولا يتأثر بالتمرين والممارسة ، وقد يخبر الفرد نوبة هلع موقفية

نتيجة التوقع أو التعرض لموقف اجتماعي مثير للخوف . (غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٩ ، ٤١٩ – ٤٢٠) .

وعادة ما يخاف الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب من الحديث أمام الآخرين والتواصل معهم أو البدء والاستمرار في الحديث ، والخوف من مقابلة الغرباء والتحدث للسلطة أو الذهاب إلى الحفلات والانتظار أمام الآخرين ، وحتى من الأكل والشراب أمامهم . وغالباً ما يظهر هؤلاء الأطفال انخفاضا عاما في الوظائف الأكاديمية والاجتماعية ، وتظهر عليهم بعض الأعراض كنوبة الغضب والبكاء ، والجمود ، والتمسك بالشخص القائم على رعايتهم في المواقف الاجتماعية . وتجنب اللعب في مجموعة ورفض المشاركة في الصف أو الذهاب للمدرسة وتجنب كافة الأنشطة الاجتماعية المناسبة لسنهم . (كولي Quille ، ١٩٩٨ ، ٤) .

كما قد يبدي هؤلاء الأطفال سلوكاً مستمراً أو متكرراً من الخوف من الغرباء أو الإحجام عنهما أو كليهما معاً ، والذي يحدث مع الكبار أو الأقران على حد سواء ، وقد يرتبط الخوف من الغرباء بدرجة عالية من التعلق الوجداني الانتقائي بالوالدين ، أو بأشخاص مألوفين آخرين ، ويتجاوز الخوف في هذا الاضطراب الحدود العادية لسن الطفل (بشير الرشيدي وآخرين ، ٢٠٠٠ ، ٢١٢ – ٢١٣) .

وقد أوضحت نتائج بعض الدراسات والبحوث السابقة تأثير هذا الاضطراب على الطفل ، فيمكن أن يكون القلق الاجتماعي عاملا مهماً في ظهور أعراض الاكتئاب لديه ، فشعوره بعدم الطمأنينة يؤدي

إلى الخوف من تقدير الآخرين ، وانخفاض التحصيل الدراسي . كما أشارت إلى ذلك دراسة ابكنس Epkins (١٩٩٦) ، في حين أكدت دراسة جنسبرج وآخرين Ginsburg (١٩٩٨) على وجود ارتباط ما بين القلق الاجتماعي وانخفاض الوظائف الاجتماعية لدى الأطفال .

المخاوف المرضية : Phobias

تعد المخاوف المرضية بأنواعها من بين أكثر الأعراض العصابية شيوعاً كما أشار لذلك ريتشاردم (١٩٧٩ ، ٧٤٨) . وتعرف بأنها خوف مبالغ فيه يصل إلى حد الرعب من موضوع أو موقف معين لا يمثل في حد ذاته مصدراً للخطر ، وهذا الخوف حضاري في طبيعته ، بمعنى أن الشخص يدرك عدم معقوليته وعدم منطقيته ، ورغم ذلك فإن هذا الخوف يسيطر عليه ويحكم سلوكه . وأن الفرق بين الخوف والقلق على الرغم من أنها صورة من صور القلق العصابي ، فالقلق خبرة انفعالية مؤلمة غير محددة المصدر ، ومن ثم يصعب تجنبها فيحاول الفرد إزاحة هذا القلق (يحدث له إزاحة Displacement) أو يسقطه (يحدث له إسقاط Projection) على موضوع خارجي يمكنه من تجنبه ، في حين أنه في حالة المخاوف المرضية ترجع إلى عملية التجنب Avoidance (محمد عبد الظاهر الطيب ، ١٩٨٠ ، ٤ – ٥) . وتختلف المخاوف المرضية (الفوبيات) عن الخوف العادي الذي هو حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلاً . (حامد زهران ، ١٩٧٤ ، ٣٩٢) .

وعرف هذا الاضطراب بمسميات عديدة ، فالبعض يطلق الرهاب أو الفوبيا والتي تعني الخوف الشديد الذي يحدث للبعض عندما تواجهه بعض المواقف أو يتواجد في أماكن أو يرى أشياء أو حيوانات معينة (دري حسن عزت ، ١٩٩٠ ، ١٤٧) . ويعرفه الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية DSM – IV باسم المخاوف الخاصة والتي تعني الخوف الواضح المتواصل والمفرط غير المعقول من مواقف وموضوعات معينة ، والتي تؤدي إلى تجنبها مما قد يؤثر على العديد من الوظائف الحياتية والاجتماعية لدى الفرد (المنظمة الأمريكية للطب النفسي American psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ١١٠-١١١) . في حين يطلق عليه بشير الرشيدي وآخرين (٢٠٠ ، ٢١٠) في سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين بدولة الكويت لضطراب القلق الرهابي Phobia Anxiety Disorder والذي يشير ويرتبط بالشعور بالقلق والعديد من المخاوف .

وتتفق ميزا وموريس Masia & Morris (١٩٩٨ ، ٣) وسيلفرمان والبن Silverman & Albano (١٩٩٦ ، ٢٣) وكذلك المنظمة الأمريكية لاضطرابات القلق (١٩٩٨ ، ٦) في تسمية المخاوف المرضية . وعلى الرغم من اختلاف التسميات إلا أنها تشير في مضمونها إلى الخوف الشديد غير الواقعي والمفرط من بعض الأشياء .

ويرى دري حسن عزت (١٩٩٠ ، ١٤٧ – ١٤٨) أن للرهاب صورتين هما الرهاب الأحادي أو النوعي ، وينتج من الخوف

المرضي من رؤية أشياء محددة ، ثم الرهاب من الأماكن المتسعة أو الضيقة أو المرتفعة . ويتفق حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٩٨ ، ٣٥٤) مع هذا التصنيف ، لكنه يضيف إليها المخاوف الاجتماعية .

في حين تتفق سبنس Spence (١٩٩٧ ، ٢٨٣) مع ميللر وآخرين في الخوف فقط من الأذى الجسمي والذي أظهرته في دراستها لأعراض القلق لدى الأطفال . وترى سيلفرمان والبن Silverman &Albano(١٩٩٦ ، ٢٣) بأن هذه المخاوف المرضية الخاصة المتنوعة تجعل الطفل يشعر بالرعب وعدم الراحة ، مما يجعله يرغب في البقاء بعيداً عنها ، وأحياناً قد يبكي الطفل وتحدث له نوبات غضب عندما يواجه هذه الأشياء ، الأمر الذي يؤثر على الروتين اليومي والأداء الأكاديمي وأنشطتهم وعلاقاتهم الاجتماعية .

اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder

يعد أحد اضطرابات القلق ، لأن الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية هي في الأصل محاولة من جانب الفرد للتحكم في القلق ، ويشير استخدام هذا الاضطراب في كل من علم النفس المرضي والطب النفسي إلى جانبين أولهما أنه اضطراب في الشخصية ، وثانيهما أنه أحد مكونات القلق . ويتصف ذوو اضطراب الوسواس القهري بالنزعة المفرطة نحو الكمال ، والخلو من النقص والعيب وفعل الشيء كما ينبغي ، وحددت بعض الأعراض المكونة له والتي تتسم بالتصلب والكف والإحجام والتردد والحيرة (فريح العنزي ، ١٩٩٧ ، ١٨١) .

ولقد تناول الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية عصاب الوسواس القهري بوصفه أحد اضطرابات القلق ، باعتبار أن الوساوس والقهور أساسها الضيق والكرب ، وقد واصل الدليل الرابع نفس الاستخدام DSM – IV (المنظمة الأمريكية للطب النفسي American psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٤١٧) .

وقد أشارت بعض الدراسات إلى انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال بنسبة ٢% من مجموع الأطفال الذين يحضرون لعيادات الأطفال . (عبد الرحمن عيسوي ، ١٩٩٢ ، ١٦٩) . فحين أشارت دراسة رحمة الله وآخرين Rahmatallah (١٩٩٦ ، ١٦١) لاضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال ، بأن معظم الأبحاث التي أجريت خلال العشر سنوات الماضية ، أكدت بأن مدى انتشار هذه الحالات قد يصل إلى ما يقارب ٣% من الأطفال ، وأن هذه الحالات تشابه مثيلاتها عند الكبار ، كما لوحظ أيضاً أن الكبار الذين يعانون من الوسواس القهري قد بدأت معاناة ثلثهم أو نصفهم منذ مرحلة الطفولة .

فعندما ينشأ القلق ويلجأ الطفل لبعض الحيل الدفاعية النفسية لمواجهتها والتخفف من التوتر الناشئ عنها ، قد يحاول إبعاد النزعات والرغبات غير المقبولة عن نفسه ، عن طريق أفعال قسرية يحاول بها عكس هذه النزوة أو الرغبة في استخدام التكوين العكسي (Reaction Formation) ، فالطفل الذي يرغب في ممارسة بعض أنواع السلوك الجنسي ، قد يقوم بأفعال قسرية تتسم بشدة الاهتمام بالنظافة أو تكرار

غسل اليدين ، كأن لو كان يقول أنا لا يمكن أن يكون لدي الرغبة في مثل هذا السلوك غير السوي (ممدوحة محمد سلامة ، ١٩٨٤ ، ٨٥) .

فالطفل يحاول كتم أو تجاهل تلك الأفكار والتخيلات أو يحيدها مع فكرة أو فعل آخر ، إلا أن الوساوس والقهور تسبب له ضيقا شديدا يستهلك أكثر من ساعة في اليوم ، مما يؤثر على أدائه في المدرسة وأنشطته اليومية والاجتماعية . (كولي Quille ، ١٩٩٨) . في حين نجد أن بعض الأطفال يتحدثون بصراحة عن قهورهم ، خاصة عند الذهاب إلى النوم ، حينما تسيطر عليهم فكرة وقوع خطر للأم كالموت أو الأذى ، فيحاولون إبعاد هذه الفكرة عن أذهانهم ، وتتخذ القهور لها موضوعاً غالباً ما يكون هو الطفل نفسه ، أو شخص محبب أو بديله ويمثله على أنه فريسة لمعاملات قاسية متعددة (نيفين زيور ، ١٩٩٨ ، ١٥٩) .

ولقد أشارت سيلفرمان والبن Silverman & Albano (١٩٩٦ ، ٤٥-٥٠) إلى بعض أنواع الأفكار والقهور لدى الأطفال التي تسبب لهم الانزعاج والإحباط ، كأفكار وسواسية عدوانية حول إيذاء الذات والآخرين ، أو كسر ورمي الأشياء ، ثم وساوس حول التلوث والإصابة بمرض وأخذ ميكروب من لمس بعض الأشياء ، ووساوس الشك المرتبطة بالذات والأعمال التي يقوم بها ، ثم الأفكار السخيفة كإعادة الأرقام والكلمات والحروف عدة مرات ، وسماع كلمات وجمل في الرأس لا يستطيع إيقافها ، ثم الاحتفاظ بالأشياء والأدوات القديمة وعدم رميها خوفاً من حدوث شيء سيئ عند رميها ، ثم الوساوس الدينية المتعلقة بالخوف الشديد من الله والتشكك في أداء

العبادات المختلفة ، ثم الترتيب والتناسب وفعل الأشياء بطريقة صحيحة ، في حين تتضمن القهور فعل الأشياء عدة مرات ومرات كغسل الأيدي ، والتأكد من فتح وغلق الأبواب والأنوار أو عد الأشياء، كل هذه القهور وغيرها تمارس خوفاً من حدوث شيء سيئ له ولأسرته .

وتضيف سبنس Spence (١٩٩٧) إلى أن السمة المميزة لهذا الاضطراب لدى الأطفال الشدة التي تجعله مسيطراً طوال الوقت ويسبب ضغوط ظاهرة ، وتمارسها ليس لمنعها أو لخفض القلق أو الضغوط فقط ولكن للإحساس بالإشباع والسعادة (سبنس Spence ، ١٩٩٧ ، ٢٨٣) . وتبدو هذه المظاهر والأعراض الوسواسية لدى الأطفال ، خاصة الذين يتقمصون دور الأسرة ويتوحدون معها ذات المعايير الصارمة ، وهذا ما أكدته دراسة مي الرخاوي (١٩٩٢) التي تناولت من خلالها بعض المتغيرات المرتبطة بالمظاهر الوسواسية لدى الأطفال المترددين على العيادة النفسية . وفي المقابل قد يرتبط هذا الاضطراب كما أشارت رحمة الله وآخرين Rahmatalla et al (١٩٩٦ ، ١٦٤) ومشكلات واضطرابات أخرى كالاكتئاب والمخاوف البسيطة والقلق الزائد ، وقلق الانفصال وصعوبات النمو ، واضطراب ضعف الانتباه .

اضطراب الهلع مع الخوف والأماكن المتسعة : Panic Disorder with Agoraphobia

أكثر شيوعاً لدى المراهقين عن الأطفال وأكثر شيوعاً لدى الإناث من الذكور وينتشر هذا الاضطراب لدى حوالي ١٠%-١٥ % من الذين لديهم مشكلات . (Mary M . Jensen ، ٢٠٠٥ ، ١٦٩)

يعرف هذا الاضطراب كأحد اضطرابات القلق كما جاء في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية (DSM– IV ، ١٩٩٤ ، ٢٨٣-٢٩٣) ، حيث صنف اضطراب الهلع بدون الخوف من الأماكن المتسعة ، والخوف من الأماكن المتسعة دون تاريخ اضطراب الهلع ، ثم نوبات الهلع ، والخوف من الأماكن المفتوحة . وذكرته سبنس Spence (١٩٩٧ ، ٢٨٣) كأحد أعراض القلق لدى الأطفال باسم نوبة الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة Panic Attack and Agoraphobia ، في حين تناولته كل من ميزا وموريس Masia & Morris (١٩٩٨ ، ٣ – ٤) باسم اضطراب الهلع كأحد اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين ، وتناولته الجمعية الأمريكية لاضطرابات القلق باسم اضطرابات الهلع مع أو بدون الخوف من الأماكن المفتوحة . (كولي Quille ، ١٩٩٨ ، ٧ – ٨) وهنا تم الجمع ما بين الهلع مع الخوف من الأماكن المفتوحة أو بدونها . وتناولته سيلفرمان والبن Silverman& Alban (١٩٩٦ ، ٢٧ – ٤٠) كاضطراب الهلع Panic Disorder ، والخوف من الأماكن المفتوحة مع أو بدون الخوف من الأماكن المفتوحة ، وذلك في قائمة مقابلة اضطرابات القلق للأطفال .

هذا وسوف يتم التحدث عن اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة حيث يتصف هذا الاضطراب كما أشار غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩ ، ٤١٧) بحدوث أزمات قلق مصاحبة ببعض الأعراض الجسمية كخفقان القلب وصعوبة التنفس ، وآلام الصدر ، والدوخة ، والارتجاف ، وعادة ما يصاحب هذه الحالة الخوف من الأماكن المتسعة كالأماكن المزدحمة والمحلات والأسواق ، والمتضمن الخوف الزائد وتجنب التواجد في أماكن يصعب فيها طلب المساعدة أو يكون الهرب غير ممكن .

وتبدو السمة المميزة لهذا الاضطراب لدى الأطفال في الفترة المتقطعة لشدة الخوف وعدم الراحة المصحوبة بأربعة أعراض نفسجسمية على الأقل ، كخفقان القلب ، الارتجاف والإحساس بوقوع خطر أو موت وشيك ، والرغبة الشديدة في الهرب ، والشعور بالاختناق ، وأحياناً بالدوار ، والخوف من فقد التحكم أو الإصابة بالجنون أو الموت . فحين تكون السمة المميزة للخوف من الأماكن المتسعة الخوف من التواجد في أماكن يكون فيها طلب المساعدة غير متاح ، وكذلك الهرب الذي يكون صعباً أو محرجاً (سبنس Spence ، ١٩٩٧ ، ٢٨٣) .

ويرى كل من ميزا وموريس Masia & Morris (١٩٩٨ ، ٤) إلى أن القلق والفزع المزمن الذي تم تعميمه لدى الأطفال قد يتحول إلى تعرضهم لنوبات متقطعة من الهلع الحاد ، تتمثل في سرعة دقات القلب والتنفس والغثيان أو الإحساس بالدوار والدوخة ، أو الخوف من فقد السيطرة على النفس التي قد تحدث فجأة وبشدة دون

أي إنذار أو سبب واضح تؤدي إلى زيادة حدة القلق الكامن خلف تلك الأعراض ، وحتى عندما تخف حدة تلك النوبات فغالباً ما ينتاب الطفل الخوف من تكرار حدوثها ، وقد يصبح الفزع من تلك النوبات أكثر تعقيداً لعدم قدرته على التحدث عنها لكونها أعراضاً ومشاعر غريبة وفريدة إلى حد كبير . كما قد تبدو أحياناً غريبة للمحيطين بالطفل ، ومن ثم فقد يستجيبون لها بصورة تدعم هموم الطفل الشديدة ، ثم يفقد القدرة على التحكم في نفسه ، فيسير في حلقة مفرغة مما يزيد من حدة قلقه ، وبالتالي مزيد من حدوث نوبات الهلع . حتى وإن كانت نوبات الهلع أو اضطراب الهلع ليس شائعاً لدى الأطفال وعادة ما يبدأ في المراهقة ، إلا أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب عادة ما يكونون خائفين وقلقين من تكرار هذه النوبات ، فيرفضون الذهاب للمدرسة وقد يرفضون ترك المنزل في الحالات الشديدة .

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة : Posttraumatic Stress Disorder

وصف هذا الاضطراب في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية DSM – IV (المنظمة الأمريكية للطب النفسي ، American Psychiatric Association ١٩٩٤ ، ٤٢٧ – ٤٢٩) بأنه استجابة بالخوف الشديد والشعور بالروع والعجز المرتبط بمعاودة الأفكار أو التخيلات أو الإدراكات لنتائج أحداث تتضمن أذىً حقيقياً يهدد الذات أو الآخرين والتي يعبر عنها بالأحلام ، ثم التجنب المتواصل الدائم للمثيرات المرتبطة بها سواء للأنشطة أو الأماكن أو الأفراد ، والشعور بقلة الحظ في المستقبل .

وهذا الاضطراب عبارة عن استجابة فورية أو استجابة مؤجلة لحادثة مؤلمة ، والتي من أمثلتها الحوادث الخطيـرة (كاصطدام السيارات ، الحرائق ، الانفجارات) ، أو المصائب الطبيعية (كالعواصف ، الفيضانات ، الزلازل ، الأعاصير) ، والاعتداء والاستغلال الجسـدي وغيرها من الحوادث الخطيرة كالموت ، أو التعرض لإصابة خطيرة ، أو إصابة شخص آخر أو تلقي أخبار مؤلمة عن شخص قريب ، حيث تتجمع هذه الأعراض في إعادة وتكرار الخبرة الصادمة مرة أخرى ، حيث يشعر الفرد وكأنه يخبر هذه الحادثة لعدة ثواني أو لعدة أيام سواء بالأفكار أو الكوابيس . ثم تجنب المثيرات المرتبطة بها ، والتي تتضمن الأفكار والمشاعر والمواقف أو الأنشطة . وما يترتب عليه من زيادة الاستثارة التي تتضمن الأرق ، العصبية ، اليقظة الزائدة ، وقلة التركيز . ويختلف هذا الاضطراب عن رد الفعل العادي للمواقف الضاغطة من حيث مستوى الضغوط واستمرار الأعراض (غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٢ ، ٤٢٤ – ٤٢٥) .

وبالنسبة للأطفال فقد أشارت كل من ميزا وموريس Masia & Morris (١٩٩٨) بأن هذا الاضطراب قد يحدث لهم ربما بعد الجراحة أو الاستغلال الجسمي أو الجنسي ، أو موت شخص عزيز على الطفل ، والتي يستجيب لها الطفل بالشعور بالخوف الشديد والقلق والبؤس ، نتيجة تعرضه للتهديد والأذى الجاد الذي يثير لديه القلق الشديد والعجز ، فتظهر عليه أعراض متكررة للشعور بالضيق وتذكر الحدث سواء بالأفكار أو اللعب ، بحيث يكون محور اللعب موضوع الحدث نفسه ، والأحلام التي تتضمن موضوع الصدمة ، مصحوبة

ببعض الأعراض الجسمية كزيادة ضربات القلب وتصبب العرق ، الذي يترتب عليه محاولة الطفل تجنب المثيرات المرتبطة بالصدمة كالأنشطة ، والأماكن والناس ، وأحياناً يكون الطفل غير قادر على تذكر الأجزاء الهامة للصدمة . كما يكون أقل استمتاعاً بالأنشطة المختلفة ويشعر بالانفصال عن الناس ، وقد يكون لديه تخيلات سالبة عن مستقبله ، فلا يتوقع أن يعيش حياة سعيدة ويعمل ويتزوج ، وقد لا يستطيع الاستمرار والاستغراق في النوم فيكون سريع الغضب وتتكرر لديه نوبات غضب ، ويجد صعوبة في التركيز ويكون متيقظاً للخطر (كولي Quille ، ١٩٩٨ ، ١٣ – ١٤) . الأمر الذي له تأثير على توافقه الشخصي والاجتماعي . (سيلفرمان والبنو Silverman & Albano ، ١٩٩٦ ، ٥٧) و(كولي Quille ، ١٩٩٨ ، ١٤) .

ويذكر Kauffman James . M (٢٠٠٥ ، 374) انه في منتصف عام ١٩٩٠ تم تعريف بأن الضغوط الحادة وخبرات الحياة المهددة التي يمكن أن تظهر ليس فقط للاكتئاب فقط ، القلق ، المخاوف المريضة أو أي ردود أفعال للأطفال لكن أيضا نتيجة لضغوط ما بعد الصدمة ، وقد أشار Terr (١٩٩٠) إلى أربعة سمات أو خصائص شائعة تظهر لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وهي :

١. ذكريات بصرية متكررة عن الصدمة .
٢. سلوكيات متكررة التي ربما تكون مشابهة للوساوس ، والقهور .
٣. مخاوف مرتبطة خاصة بحدث الصدمة .
٤. تغير الاتجاهات نحو الناس والحياة أو المتقبل الذي يعكس مشاعر الحرجة .

٥. اضطرابات الوساوس القهري .

٦. انخفاض المستوى لاجتماعي والأكاديمي

اضطراب الضغوط الحادة : Acute Stress Disorder

ظهر هذا الاضطراب لأول مرة في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع ، حيث أظهرت الدراسات المسحية لضحايا الكوارث وجود بعض الأعراض لدى الأفراد بعد حدوث الكارثة الصادمة مباشرة ، والتي اعتبرت مبدأ لأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، والمرتبطة درجتها المرتفعة بشدة التعرض للصدمة ، كما هو الحال في اضطراب ما بعد الصدمة فإن المحك هو تعرض الفرد لحادثة صادمة ، حيث يخبر الفرد أو يشاهد أو يجابه حادثة تتضمن تهديدا لسلامته أو سلامة آخرين بالموت أو الإصابة ويستجيب لها بمشاعر من الخوف الشديد والرعب والعجز . مصحوبة بعدد من الأعراض كزيادة الاستثارة وعدم الشعور بالراحة ، وانخفاض الوعي بالمحيطين . وأعراض هذا الاضطراب تدوم ما بين يومين إلى أربعة أسابيع منذ وقوع الصدمة ، وإذا ما استمرت هذه الأعراض لأكثر من ذلك فإنها يمكن أن تشخص بحالة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (غريب عبد الفتاح غريب ، ١٩٩٩ ، ٤٢٥ – ٤٢٦) . وعليه فإن هذا الاضطراب يسبق اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والذي يبدأ مباشرة بعد حادث الصدمة ويمكن أن ينتهي ، ولكن إذا استمر لأكثر من أربعة أسابيع تحول إلى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة .

وتحدث كولي Quille (١٩٩٨ ، ١٥) عن هذا الاضطراب لدى الأطفال الذي يحدث خلال شهر من حادث الصدمة ويدوم ما بين يومين على الأقل إلى أربعة أسابيع ، ويعني تعرض الطفل لحدث صادم كالتهديد أو الإيذاء الجسمي الشديد وغيره ، والذي من شأنه أن يثير خوفاً وقلقاً شديداً وعجزاً ورعباً لدى الطفل سواء بعد أو خلال خبرة الصدمة . فيظهر الطفل عدد من الأعراض فيكون لديه إحساس بالانفصال عن الناس . وفي البداية قد يصبح أقل وعياً لمحيطه ويشعر أن ما حوله ليس حقيقياً ، وقد يكون غير قادر على تذكر الجوانب الهامة لحدث الصدمة ، ويشعر بالضيق الشديد عند تذكرها ، فيحاول تجنب الأشياء المرتبطة بها كالأفكار والمشاعر والناس والأنشطة والأماكن وحتى الحديث . فتظهر أعراض القلق كمشكلة النوم وحدة الطبع وضعف التركيز ، مما يؤثر على توافقه الشخصي والاجتماعي.

الصمت الاختياري : Selective Mutism

يعرف جابر عبد الحميد وعلاء كفافي (١٩٩٠ : ١٠٩٨ – ١٠٩٩) الصمت الانتقائي ، كما يطلقان عليه – تعريفاً معجمياً يلقي الضوء على طبيعته وبعض أسبابه ، بأنه اضطراب نادر يحدث في مرحلة الطفولة ، يتميز بالرفض المستمر للحديث في معظم المواقف الاجتماعية ، بما فيها مواقف الدراسة ، على الرغم من قدرة الطفل على الكلام وعلى فهم اللغة ، ولا يحدث في هذه الحال أي من الاضطرابات الجسمية أو العقلية الأخرى . وقد تكون الحماية الأمومية الزائدة والبقاء في المستشفى لفترة أو الالتحاق بالمدرسة من العوامل التي تهيئ لهذا الاضطراب .

في حين يترجمه عبد العزيز الشخصي والدماطي (١٩٩٢ : ١٦٢) في قاموسهما للتربية الخاصة وتأهيل غير العاديين البكم – الخرس الاختياري ويذكر أنه أحد التصنيفات المذكورة في النظام الثالث للجمعية الأمريكية للطب النفسي والمعنون بدليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها ، ويشير إلى أن هذا المصطلح يعني رفض الفرد للكلام والتحدث بحيث قد يبدو غير قادر على السمع والتحدث .

بينما يعرف خليل فاضل (١٩٩٦ – ١٦٠) الخرس الاختياري بأنه حالة مرضية نفسية يعرفها أكثر أطباء النفس المختصين بالأطفال. ويشخصونها على أنها الرفض الكامل للكلام خارج البيت ، أو في غير محيط الأسرة أو الأقرباء ، ويعتبرها " خليل فاضل " حالة من حالات لاضطراب العاطفي والانفعالي ، وأنها من أهم خصائص الأطفال الذين يصابون بالخجل والحساسية الفائقة ، وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين سواء كانوا أطفالاً أم كباراً .

تحدث عنه بعض الباحثين مثل كل من ميزا وموريس Masia & Morris (١٩٩٨) كأحد اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين ضمن ما صدر عن الجمعية الأمريكية لاضطرابات القلق (١٩٩٨) ووصفا فيه هذا الاضطراب بأنه كف الطفل عن التحدث في المواقف الجديدة أو مع الغرباء بالنسبة له ، فهو يتحدث بحرية في المحيط الأسري لكنه لا يتحدث في مواقف أخرى ، ويرتبط بهذا الاضطراب شدة الخجل وصعوبة أداء الأنشطة الاجتماعية في المواقف المختلفة ، وظهور نوبات الغضب والعادات العصبية وتكرار بعض السلوكيات

كتنظيم الأشياء ، وعادة ما يظهر هذا السلوك قبل سن خمس سنوات ، ولكن المشكلة قد تلاحظ عند دخول الطفل المدرسة ، خاصة وأنه لا يرتبط بأسباب عضوية .

بينما تحدث عنه بشير الرشيدي وآخرين (٢٠٠٠ ، ٢٤٢) ضمن اضطرابات التوظيف الاجتماعي لدى الأطفال في سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة بالكويت ، حيث أطلق عليه الخرس الانتقائي ، وذكر كظاهرة مرضية قد تبدو لدى الأطفال كرد فعل لسوء التوافق ، خاصة إزاء مواقف اجتماعية معينة، وتتميز هذه الحالة بانتقائية ملحوظة في الكلام تحددها عوامل انفعالية ، بحيث يبدي الطفل كفاءة لغوية في بعض المواقف ويخفق في مواقف أخرى ، فيتكلم الطفل في المنزل أو مع الأصدقاء القريبين بينما يكون صامتاً أبكم في المدرسة ، أو مع الأشخاص الغرباء على الرغم من أنه يتمتع بمستوى عادي من الفهم اللغوي والكفاءة في التعبير بصورة كافية للتواصل الاجتماعي ، وعادة ما يرتبط هذا الاضطراب بالقلق الاجتماعي أو الانسحاب .

ويؤكد عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٢ ، ٣٣-٣٤) إنه يتعين على من يتصدى لتعريف هذا المصطلح أن يشير إلى عدة أمور منها :

١. أن رفض الكلام من قبل الطفل لا يكون دائماً ولكن تحت ظروف بيئية أسرية أو مدرسية معينة .
٢. أنرفض الكلام من قبل الطفل يكون عمداً وعن قصد .

٣. أنه نادر الحدوث في مرحلة الطفولة (حيث تصل نسبة حدوثه إلى أقل من ١ % من الأطفال المحولين لعيادات الإرشـــاد النفســـي بالولايات المتحدة الأمريكية) ، كما لوحظ أنه يكثر بين الإناث .

ويبدأ اضطراب البكم الاختياري (التباكم) قبل سن الخامسة أو عند دخول الطفل المدرسة في سن السادسة ، وفي أغلب الحالات قد يستمر لبضعة أسابيع أو لبضعة شهور لكنه نادراً ما يستمر لعدة سنوات . ويترتب على الإصابة به توقف الطفل عن أداء أدواره الاجتماعية والمدرسية وإخفاقه في المواظبة على الذهاب إلى المدرسة لأنه يصبح مثار سخرية زملائه .

ومن ناحية أخرى قد يصاحب البكم الاختياري بأعراض اضطراب الكلام مثل حدوث اضطرابات في ارتقاء عمليات النطق ، واضطرابات في الفهم والتعبير اللغوي ، كمما قد يصاحبها الخجل الشديد والعزلة الاجتماعية والانسحاب أو رفض المدرسة أو سمات قهرية ، وكذلك يرتبط هذا الاضطراب بالسلبية ، أو الانفجارات الانفعالية أو سلوك العناد خاصة في داخل المنزل .

ويشير .Kauffman James, M (٢٠٠٥ ، 379 – 378) إلى أن الطفل قد ينسحب من الكبار فقط أو من الأقران فقط وأحياناً يكون الصمت الاختياري هو استجابة للصدمة أو الإساءة له . لكنه يظهر كنتيجة للقلق الاجتماعي في أغلب الحالات ، والخوف المحدد من الحديث أمام الآخرين أو أمام مجموعة من الناس وغالباً ما يظهر الأطفال الذين لديهم صمت اختياري مشكلات سلوكية متعددة وضعف

وظائف الأسرة أو الاختلال الوظيفي للأسر وغالباً لا يبحث الوالدين عن مساعدة في تقييم وعلاج الصمت الاختياري . وقد استخدم في علاج هذه الحالة قوانين التعلم الاجتماعي بنجاح المتضمن التحصين التدريجي للخوف من الحديث والتعزيز المتدرج للحديث دون خوف .

ولاحظ كل من Brigham & Cole (١٩٩٩) الفهم غير الكافي للصمت الاختياري وحالة نادرة لكنها تحديات للمعلمين وفي بعض الحالات قد يتحدث الطفل طبيعياً دون الحاجة للعلاج ، وأول قرار للكبار قبل تطبيق العلاج هل سلوك الطفل هو مشكلة ملحة يجب أن يتم التدخل أم لا ؟ وعند البدء بالعلاج لابد من أن يعمل المعلم مع المختصين خاصة أخصائي اللغة وأعضاء الأسرة وكذلك تطبيق إجراءات النظرية السلوكية لتشجيع الطفل على الحديث في الصف .

سلوك رفض المدرسة : School Refusal Behavior

على الرغم من عدم وجود فئة تشخيصية خاصة لهذا الاضطراب ، فهو يعد كأحد اضطرابات القلق لدى الأطفال ، فقد يظهر هذا الاضطراب كأحد الأعراض المصاحبة لبعض تلك الاضطرابات ، فمثلاً قد يتجنب الطفل الذهاب للمدرسة خوفاً من الأنشطة الاجتماعية هناك أو التحدث أمام الزملاء ، فهنا قد يكون عرضاً للمخاوف الاجتماعية ، وقد يكون كذلك بالنسبة لقلق الانفصال الذي يظهر في الخوف من الابتعاد عن الوالدين وعن المنزل ، وبالتالي يرفض الذهاب للمدرسة(ميزا وموريس Masia &Morris ، ١٩٩٨ ، ٤ – ٥) .

وتشير Mary M . Jensen (٢٠٠٥ ، ١٦٩) إلى أن هذا السلوك عادة ما يرجع إلى قلق الانفصال ، حيث يشعر الأطفال بالقلق عند الابتعاد عن الوالدين للذهاب للمدرسة خلال مراحل العمر الصغيرة وينشر هذا الاضطراب من ٢ – ٥ % من أطفال المدارس ويحدث خاصة عند فترة الانتقال من مكان إلى آخر . وقد يظهر لدى المراهقين عند الانتقال من المرحلة الابتدائية إلى الإعدادية وهكذا وتظهر مخاوف الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في الحالات التالية البعد عن الوالدين والذهاب بالباص أو الأكل في الكافتيريا واستخدام غرف الاستراحة في المدرسة ومناداتهم في الفصل أو تغير ملابس المدرسة بملابس الرياضة والتفاعل مع التلاميذ أو المعلمين الآخرين .

في حين تحدث باحثون آخرون عنه كأحد المخاوف النوعية أو الخاصة التي توجد لدى الأطفال ، فمنهم من أطلق عليه الخوف المرضي من المدرسة School Phobia وهو يقترب من مفهوم رفض المدرسة School Refusal (عباس محمود عوض ، مدحت عبد الحميد ، ١٩٩٠ ، ٤٨) . وهناك من يسميه بالخوف المدرسي School Phobia والذي يشير إلى أحد أنواع الخوف بشكل عام (جاسم الكندري ، راشد سهل ، ١٩٩٢ ، ٣٩٢) . ومن يطلق عليه فوبيا المدرسة (نيفين مصطفى زيور ، ١٩٩٨ ، ١٥٠) .

وعلى الرغم من اختلاف المسميات أو المصطلحات إلا أنها كلها تشير إلى الخوف المرضي من المدرسة ، فالسمة المميزة لهذا الاضطراب هي التردد وعدم الرغبة ورفض الذهاب للمدرسة ، حيث

تظهر على الطفل بعض الأعراض الجسمية كالتقيؤ العصبي ، وألم الرأس والمعدة ، والإسهال ، وقد يبكي الطفل ويتوسل لوالديه حتى لا يذهب إليها (ميزا وموريس Masia & Morris ، ١٩٩٨ ، ٤ – ٥).

وينتشر هذا الاضطراب بدرجة ملحوظة بالمراحل الدراسية الأولى والذي يتمثل في الخوف الشديد من الذهاب للمدرسة أو حتى ذكر اسمها ، فيحتال الطفل وينتحل الأعذار لعدم الذهاب أو قد يرفض بصراحة وبإصرار ، وغالباً لا يكون السبب في المدرسة بل في وجود تلاميذ يخشى عدوانهم أو سخريتهم أو مدرسين يهددونه بالعقاب ، وأحياناً يكون السبب في المنزل الذي تتوافر فيه الحماية الزائدة والتدليل المفرط ، فيتمسك الطفل بالبقاء في المنزل كارهاً المدرسة التي لا يتوفر بها هذه المعاملة (دري حسن عزت ، ١٩٩٠ ، ١٤٩) .

وترى نيفين مصطفى زيور (١٩٩٨ ، ١٥٠) أن هذا الاضطراب ينتشر بين التلاميذ المجتهدين بقدر ما ينتشر لدى غيرهم من التلاميذ المتأخرين دراسياً ، حيث يبدي بعض الأطفال أسباب مقنعة تبرر تصرفاتهم ، بينما يخفق البعض الأخر في إعطاء سبب واضح للرغبة في تركه للمدرسة .

ويرى ب . ب وولمان (١٩٨٥ ، ٦٥) أنه يمكن أن يفسر رفض المدرسة والخوف منها لدى الأطفال ، في ضوء شعورهم بالصراع القائم بين الرغبة في التحصيل والتفوق والخوف من المدرسة ، حيث يشعرون أنه لا ضرورة لها ولا مبرر لعقاب الوالدين . أو في ظل قلق الانفصال والمبالغة في تقدير الذات ،

واشتراط المثير والاستجابة (جاسم الكندري وراشد سهل ، ١٩٩٢ ، ٤٤ – ٤٦) . في حين قدم كل من عباس محمود عوض ، مدحت عبد الحميد (١٩٩٠ ، ٥٨ – ٥٩) في دراستهما للخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال ثلاثة عوامل هي الخوف من المدرسة والرغبة في البقاء في المنزل كعامل عام ، ثم الخوف من المدرسين ومن الامتحانات .

وأوضح رياض نايل العاسمي (١٩٩٥) في دراسته التي تناول خلالها العوامل النفسية والأسرية والاجتماعية والمدرسية الشعورية واللاشعورية التي تسهم في ظهور هذا الاضطراب لدى الأطفال المتمثلة في الخوف من العدوان الخارجي والصراعات الناتجة عن إحباطات وضغوط يتعرض لها في البيئة الأسرية ، فيبدو عدم إشباع حاجته إلى الإحساس بالأمان والانتماء الذي يقترن بمشاعر الحزن والاكتئاب وانخفاض التوافق العام الشخصي والاجتماعي لدى الطفل .

أعراض القلق :

كما يؤدي القلق وظائف مفيدة في الظروف السوية بوصفه نذير خطر أو تهديداً ينشط الكائن الحي ، يكون بمثابة جهاز إنذار مبكر من الناحية النفسية ، فإذا صدر الإنذار عن الجهاز ساعد ذلك على عملية التكيف مع البيئة ، إذ يصبح الفرد عندئذ أكثر إدراكاً للملابسات والظروف من حوله (ريتشاردم ، ١٩٨٨ ، ٣٢٢) . فقد يمثل عرض القلق عنصراً مشتركاً في أغلب الاضطرابات النفسية ، فهو المؤشر الأول لوجود صراع يهدد الذات ، وهو الذي ينبه الأنا وينذره فيجمع ما لديه من

حيل دفاعية لتخفيف حدة القلق . وتبدو الصورة المميزة للقلق لدى الأطفال في كثرة الحركة وعدم الاستقرار ، وتشتت الانتباه ، وسرعة التقلب المزاجي وعدم المثابرة ، مما يؤثر على قدراتهم الدراسية وعلى سلوكهم مع زملائهم ومدرسيهم ، وفي بعض الاضطرابات الفسيولوجية كاضطراب النوم ، حيث يجد الطفل صعوبة في بدء نومه ، وقد ينام ويصحو خائفاً بعد بداية النوم أو في وسط الليل بسبب حلم مزعج أو بدونه ، وفي اضطراب الطعام كأن يرفض أو يتعجل أكله مما يترتب عليه اضطراب في الهضم . ويأخذ القلق إما صورة حالة مزمنة ومستمرة ، أو صورة نوبات قلق أكثر حدة ومحددة زمنياً قد تصل في حدتها إلى درجة الرعب (محمد شعلان ، ١٩٧٩ ، ٧٣ – ٧٥) . فالطفل القلق ليس لديه مشكلة خارجية ، فالمشكلة هي الطفل نفسة وشخصيته ككل فهو لا يخاف شيئاً بعينه ، إنما يخامره إحساس عام بعدم الأمان ، والذي يؤثر تأثيراً ضاراً على سلوكه بصفة عامة ، مما يسبب إعاقة تعرقل تعلمه إلى جانب بعض المشكلات الاجتماعية (عبد الرحمن سليمان ، ١٩٨٨ ، ١٦) .

ويستثار شعور الخوف لدى الطفل القلق بسهولة ، فيبدو وكأنه يبحث عن أشياء تثير اضطرابه ، فهو فريسة سهلة للمرض والتكدر ولديه قلق زائد تجاه مواقف الحياة اليومية التي عادة لا تثير اهتمام الآخـــرين (شـــارلز وهوارد ، ١٩٨٩ ، ١١٣) .

فيبدو تأثير القلق على الذات في تقييم الطفل لذاته ، والتحدث إليها بطريقة أكثر سلبية ، والمتضمن استحواذ فكرة الخوف من الأذى وتوقعاته السلبية(كيندال Kendall ، ١٩٩٤ ، ١١ – ١١١) . فتظهر الحساسية الزائدة والمخاوف غير الواقعية ، ونقص الثقة بالنفس والخوف من

المواقف الجديدة (أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال ، ١٩٩٠ ، ٢٤) . هذا الأمر يؤدي إلى اضطرابات سلوكية كقضم الأظافر ومص الأصابع والتبول اللاإرادي وغيرها (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ٦٠٦) . وقد يظهر قلق شديد نحو الانفصال والتقييم الاجتماعي (بيرن Perin ، ١٩٩٧) أو نوبات هلع وخوف من الأماكن المتسعة ، ومن الأذى الجسمي ، والوسواس القهري ، والقلق الزائد ، ولن أكثر هذه الأعراض شيوعا لدى الأطفال هي المخاوف الاجتماعية وأقلها الوسواس القهري والتي تظهر لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور(سبنس Spence ، ١٩٩٧ ، ١٩٩٨) .

وكثيرا ما يبدو على الطفل القلق أعراض الاكتئاب ، وذلك كما أوضحت نتائج بعض الدراسات ، كدراسة ستراس وآخرين Strauss et al (١٩٨٨) والتي تناول من خلالها العلاقة بين القلق والاكتئاب ، وأشارت إلى أن ٢١% من الأطفال القلقين أظهروا اكتئابا مزمنا . ثم دراسة اوليندك وآخرين Ollendick et al (١٩٩١) والتي تناولوا من خلالها العلاقة بين الخوف والقلق والاكتئاب لدى الأطفال ، حيث أثبتت أن هناك علاقة بين الخوف والقلق ، وبين القلق والاكتئاب لدى الأطفال . وكذلك دراسات كل من كولي وآخرين Cole et al (١٩٩٧-١٩٩٨) التي تناولوا من خلالها الكشف عن العلاقة بين القلق والاكتئاب لدى الأطفال وأكدت على تلك العلاقة .

كما يرتبط باضطرابات القلق أعراض معرفية ، كالإدراك السيئ المتمثل في الذاكرة المشوشة ، والشعور بعدم الواقعية واليقظة الزائدة ، والوعي بالذات ، وصعوبة التركيز والانتباه . وفي المفاهيم المعرفية

المحرفة ، والخوف من الأذى الجسمي والموت والتقييمات السلبية (بيك واميري Beck&Emery ، ١٩٨٥ ، ١٩-٢٣) . فالأطفال لديهم كثير من الأفكار السلبية خاصة مرتفعي القلق (ليثنبري وآخرين Leithenbery et al ، ١٩٨٦) . ويكونون في بعض الأحيان أكثر تشتتا ولديهم أفكار حول فقد التحكم والأذى الجسمي والاجتماعي معاً (شامبلس وجيليسChambless & Gillis ، ١٩٩٣ ، ٢٤٨) . فيظهر لديهم توقع الكوارث واللوم القاسي للذات والآخرين ، وابتغاء الحلول الكاملة كأفكار مرتبطة بسمة القلق في مرحلة الطفولة ، في حين تظهر فكرة طلب الاستحسان كفكرة لاعقلانية مرتبطة بحالة القلق (محمود السيد عبد الرحمن ، معتز سيد عبد الله ، ١٩٩٤ ، ٤٤٣) . وكثيرا ما يرى الطفل القلق بأن الأحداث السلبية سوف تحدث للآخرين أكثر من حدوثها له (دالنش وآخرين Dlagleishish et al (١٩٩٧) .

الفصل الثاني
الإرشاد المعرفي السلوكي

الفصل الثاني

الإرشاد المعرفي السلوكي

مقدمة :

لقد زاد الاهتمام في العقد الأخير من القرن الحالي بتقييم وعلاج اضطرابات القلق لدى الأطفال ، حيث استخدم الباحثون مدى واسعاً من نظريات تقييم السلوك والعلاج للعمل مع كل من الكبار والصغار . فاستخدمت إجراءات وفنيات تعديل السلوك المختلفة مع الأطفال ذوي اضطرابات القلق ، حيث استخدم التعزيز في خفض المخاوف المرضية لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة كما جاء في دراسة رحاب صديق (١٩٩٩) ، والتحصين التدريجي واللعب غير الموجه لعلاج المخاوف المرضية من المدرسة كما ورد في دراسة عبد الرحمن سليمان (١٩٨٨)، ثم التغذية الراجعة الحيوية لخفض القلق لدى الأطفال كما جاء في دراسة فينك وآخرين Wenk et al (١٩٩٥) ، حيث أثبتت تلك الإجراءات فاعليتها في خفض تلك الاضطرابات لدى الأطفال .

أيضا استخدمت نظرية التعلم الاجتماعي وتطبيقاتها في علاج تلك الاضطرابات لدى الأطفال ، كالسيكودراما لخفض القلق في دراسة محمد غريب (١٩٩٩) ، ولخفض القلق والخوف والغضب والجمود الانفعالي في دراسة أسماء غريب إبراهيم (١٩٩٤) ، ثم في خفض العدوان واضطراب التجنب وقلق الانفصال في دراسة عزة عبد الجواد (١٩٩٠)، والتشكيل بالأنموذج لعلاج الفوبيات في دراسة صلاح الدين عراقي

(١٩٨٥) . واستخدم إجراءات أخرى كالرسم الحر والموجه في دراسة مدحت ألطاف (١٩٨٩) ، ثم اللعب التمثيلي في دراسة كل من فوزي (١٩٩٤) ، وميلوس ورييس Milos &Reiss (١٩٨٢) لخفض قلق الانفصال وأثبتت هذه الأساليب والإجراءات فاعليتها في خفض تلك الاضطرابات . وقد استخدم العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال ، حيث يعد الأكثر حداثة في مجال تطور إجراءات التقييم والعلاج ، وذلك بعدما أظهرت النظريات المعرفية فكرة أن الفرد يدرك العالم من خلال بنائه المعرفي ، وهذا ما أسماه بيك Beck (١٩٧٦) بالمخطط الذي يؤثر على الإدراك والسلوك معاً (كيندال ولوشمان Kendall & Lochman ، ١٩٩٤ ، ٨٤٥) .

فالسمة المميزة لهذا العلاج هو التركيز على العمليات المعرفية أو الأحداث الخاصة كوسائط لتغير سلوك الطفل ، فأفكار الطفل ، ومشاعره، وتصريحات الذات والتي تؤدي دوراً هاماً في حدوث الاضطراب . (ميشلون وارشر ، Micgelson&Acher ، ١٩٨٧ ، ١٤٩) . وهذا يتفق مع ما أشار إليه بعض الإكلينيكيين والباحثين ، من أن قلق مرحلة الطفولة هو بناء متعدد الأبعاد ، ويظهر ليس فقط في مظاهر نفسية وسلوكية فحسب ولكن في مظاهر معرفية ، في صورة أفكار متنوعة لدى الأطفال القلقين ، كأفكار الشعور بالخوف من الإصابة ، وفقد الذات ، وتوقع الأخطار والنتائج السلبية القاسية ، والاهتمام الزائد بتقييم الآخرين ، وسوء الإدراك للبيئة ، والتعميم الزائد . (كيندال ولوشمان Kendall& Lochman ، ١٩٩٤ ، ٨٤٩) . و(ايسن وكارني Eisen &Kearney ، ١٩٩٥ ، ٢٧٨) . وهذا ما أكده عدد من الباحثين أمثال بيك وآخرين

Beck et al من الاستجابات المعرفية السيئة التوافق للأفراد الذين يعانون من القلق . (لاست وآخرين Last et . al . ١٩٨٣ ، ٢٠) .

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي للأطفال كما هو الحال مع الكبار على افتراض مؤداه أن السلوك تكيفي يمكن تغييره ، وأن هناك تفاعلاً بين أفكار الفرد ومشاعره وسلوكه ، فالتوجه الأساسي في هذا العلاج ، يتجه نحو فهم طبيعة ونمو الأنماط السلوكية للفرد والمصاحبة لها في النواحي المعرفية ، وهي مجموعة من المعارف والمعتقدات والاستراتيجيات التي توظف المعلومات بطريقة تكيفية . (إبراهيم علي إبراهيم ، ١٩٩٧ ، ٣٠٨-٣٠٩) .

وقد قدم كيندال Kendall (١٩٨٥١٩٩١) الفروق بين التحريف المعرفي Cognitive Distortions والقصور المعرفي Cognitive Efficiencies ، فالقصور المعرفي يرجع إلى غياب التفكير ، فالأطفال مع القصور المعرفي ينقصهم تفسير المعلومات في المواقف التي يكون بها التفكير مفيداً ولابد من تنمية أسلوب حل المشكلة لديهم ، وفي المقابل فإن التحريف أو التشويه المعرفي هو دليل على أن الأطفال يفسرون المعلومات ولكن في نمط متحيز أو مختل ، والذي يظهر في سوء الفهم وإدراك الموقف والبيئة بطريقة خاطئة ، والرؤية القاسية والناقدة للذات ، لذا يرتبط القلق والاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال ، ومن هنا يجب تحديد الأفكار الخاطئة وتعديلها (كيندال Kendall ، ١٩٩٣ ، ٢٣٦) .

وحدد عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣ ، ١١٩-١٢٠) أن هناك مصادر القصور المعرفي التي يرتبط ظهورها باضطرابات الطفولة ،

والمتمثلة في نقص المعلومات ، وقصور الخبرة والسذاجة في حل المشكلات ، وأساليب التفكير وما تنطوي عليه من أخطاء كالتعميم والتطرف ، وما يحمله الطفل من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين والمواقف التي يتفاعل معها ، وتوقعاته السلبية . ثم قام عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) بتصنيف المعتقدات الفكرية الخاطئة التي من شأنها أن تؤدي إلى بعض الاضطرابات النفسية لديهم إلى فئتين من العوامل هما :

- عوامل متعلقة بمحتوى الأفكار والمعتقدات التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين ، وعن الحياة .
- عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات ، فعندما يفكر الفرد في حل مشكلة معينة أو فهمها ، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع ، وبالتالي يحدث الاضطراب ، ومن أمثلتها المبالغة في الميل لإدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر فيها ، ثم التعميم وهو أسلوب في التفكير يرتبط بكثير من الأنماط المرضية خاصة كالاكتئاب . وأخيرا الثنائية والتطرف حيث يميل لإدراك الأشياء أما بيضاء أو سوداء ، دون أن يدرك أن الشيء الذي قد يبدو في ظاهر الأمر سيئاً قد تكون فيه أشياء إيجابية (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ٢٩٦-٣١٣) .

وقد نال العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق في مرحلة الطفولة تدعيما تجريبيا ، لأنه خاطب التفكير والمشاعر والسلوك المرتبطة بالقلق ، ودمج ما بين الأساليب المعرفية والسلوكية ، لتحقيق الهدف النهائي المتمثل في أن يطور الطفل أطر التعامل مع مواقف القلق بطريقة

سهلة الضبط والتحكم ، فالعلاج هنا يركز على مساعدة الطفل لتنمية مهارات تفكير خاصة ويطبقها عند مواجهة مثيرات الخوف أو القلق ، حيث يتم مساعدة الطفل على الوعي بأنماط التفكير السالبة التي تعيق أداءه ، وأخيرا تعلم المهارات المعرفية والسلوكية (كنيدال وآخرين kendall et al ، ١٩٩٥ ، ٥٧٦) .

وهنا يجب أن يكون الطفل المشارك في هذا العلاج مدركاً لمخاوفه وقلقه ، والتوقعات المختلفة للخوف (ماذا يفعل عندما يشعر بالخوف ؟) ، العناصر المعرفية (ماذا يعتقد أو يقول لنفسه في هذه الحالة؟ والعناصر النفسية (كيف يتأثر الجسم عندما يشعر بالخوف ؟) ، وأن تكون لديه حصيلة لفظية لتعديل تصريحات الذات السالبة ، ويستطيع أن يطبقها في المواقف التي يخبر فيها الخوف أو القلق . (مشيلون واشر Michelson & Ascher ، ١٩٨٧ ، ١٥٨) . فالجزء الهام هنا في هذا الأسلوب يتم إنجازه بتدريب الطفل على أفكار ، ثم على طرق جديدة في التفكير في حضور المعالج الذي يساعده في ذلك (سوثروم جيرو وآخرين ، Southram- Gerow et al ، ١٩٩٧ ، ١١٣) .

وقد استخدم هذا العلاج بفاعلية مع الأطفال والمراهقين ، في علاج كل من اضطرابات القلق ، واضطراب ضعف الانتباه ، والنشاط الزائد ، والاكتئاب ، والاندفاعية ، وصعوبات التعلم ، ومع الأطفال الذين يعانون من المرض المزمن (كيندال Kendall ، ١٩٩٣ ، ٢٣٧) . وكذلك في علاج قلق الانفصال والقلق العام لدى الأطفال والوالدين ، ومخاوف الظلام لدى الأطفال (فرانس وبيدل Francis&Beidel ، ١٩٩٥ ، ٣٢٩) .

وقد أوضح كل من مارش March (١٩٩٥ ، ٣١٥-٣٢٢) وباريت وآخرين Barrett et al(١٩٩٦ ، ٣٣٢) ، بأن هناك العديد من الدراسات في مجال العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق لدى الأطفال ، والتي استخدمت بنجاح بعض الأساليب المعرفية والسلوكية كالتعرض في الواقع والاسترخاء والتحكم الطارئ ، ومهارات التحكم المعرفي ، ومن تلك الدراسات التي أثبتت فاعليتها هذا العلاج مع اضطرابات القلق لدى الأطفال واستمرار تلك الفاعلية لفترة متابعة تصل إلى سنة أو أكثر بعد انتهاء العلاج ، والتي اعتمدت على البرنامج الذي قدمه كيندال وآخرين Kendall et al (١٩٨٩) وقيم بواسطة كاني وكنيدال Kane & Kendall (١٩٨٩) ، وكيندال Kendall (١٩٩٤) .

حيث استخدم العلاج المعرفي السلوكي لخفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال واستمرار تأثيره لفترة متابعة لمدة سبع سنوات في دراسة باريت وآخرين Barrett et al (٢٠٠١) ، واستخدم التعزيز المشروط والتحكم الذاتي والمساندة التعليمية في دراسة سيلفرمان وآخرين Silverman et al(١٩٩٩) ، والعلاج المعرفي السلوكي الجماعي والتدخل الوالدي في دراسة ماندلوتس وآخرين Mendlowitz et al (١٩٩٩) ، ولعلاج الأطفال الرافضين الذهاب إلى المدرسة في دراسة كنج وآخرين King et al (١٩٩٨) ، ودراسة لاست وآخرين Last et al(١٩٩٨) . ولعلاج بعض اضطرابات قلق الطفولة في دراسة دادس وآخرين Dadd's et al (١٩٩٧) ، ولعلاج قلق الانفصال واضطراب التجنب والقلق العام كما في دراسات كل من كيندال وآخرين Kendall et al (١٩٩٧) ، وباريث وآخرين Barrett et al (١٩٩٦) ، وكيندال

سوثروم جيرو Kendall & Southam - Gerow (١٩٩٦) ، وتعديل تصريحات الذات السلبية لاضطرابات قلق الانفصال والتجنب والقلق الزائد في دراسة تريدول وكيندال Treadwell&Kendall (١٩٩٦) .

الفنيات المستخدمة في الإرشاد المعرفي السلوكي :

تتضمن برامج الإرشاد المعرفي السلوكي المقدمة للأطفال العديد من الفنيات المعرفية والسلوكية ، وسوف نتناول بعض تلك الفنيات ، خاصة المقدمة في برامج الإرشاد المعرفي السلوكي للأطفال ذوي اضطرابات القلق . فتحدث ستراس Strauss(١٩٨٨ ، ٢٤٥) عن بعض الفنيات المستخدمة والتي يمكن تدريب الأطفال القلقين عليها كفنية الاسترخاء ، وتصريحات الذات الإيجابية ، والتحكم المعرفي . إضافة إلى أسلوب حل المشكلة ، والتعزيز المشروط ، والنمذجة ، والتعرض في الواقع (كيندال وآخرين Kendall et al ، ١٩٩١م ، ١٤) .

ويرى كل من كيندال وآخرين Kendall et al (١٩٩٢ ، ٥٨) بأن هناك مهارات متنوعة فعاله للتعامل والتحكم في القلق ، كمهارات التعامل ، والاسترخاء ، والتخيل ، ومكافأة الذات ، وتعديل الإفصاح الذاتي كفنيات معرفية ، ثم لعب الدور ، والتعرض كفنيات سلوكية يتم تقديمها في البرامج المعرفية السلوكية لعلاج اضطرابات القلق لدى الأطفال والتي تهدف إلى تدريب الطفل على بعض المهارات اللازمة للتعامل مع القلق ، حيث يتضمن البرنامج ست عشرة جلسة ، ركزت الجلسات التدريبية الثمانية الأولى على أربعة عناصر أساسية هي :

- الوعي برد فعل الجسم للقلق والأعراض الفسيولوجية له .
- إعادة الإدراكات والتقييم للحديث الذاتي لدى الطفل القلق .
- تطوير مهارات التعامل كحل للمشكلة وتعديل الإفصاح الذاتي .
- تقييم ومكافأة الذات .

في حين تضمنت الجلسات الثمانية المتبقية التعرض التدريجي في الواقع أو الخيال للمواقف المثيرة للقلق لدى الأطفال مؤكدين على أهمية العلاقة العلاجية بين المعالج والأطفال ودورها في نجاح البرنامج (١٩٩٢ ، ٧٤-٩٩) . ويضيف كارني وآخرين Kearney et . al . (١٩٩٥ ، ٩) إلى تلك الفنيات إعادة البناء المعرفي ، وتدريب الوالدين والتحكم الطارئ ، والتي يمكن استخدامها بشكل فردي أو جماعي ، ولذلك لمدة من ٥٠-٦٠ دقيقة أسبوعياً .

أما فرانس وبيدل Francis&Biedel (١٩٩٢ ، ٣٢٢-٣٣٠) فقد تحدثا عن برنامج الدمج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة الذي قدم بواسطة كيندال وزملائه Kendall & Colleagues ، والذي يهدف إلى تعليم الطفل كيف يخبر ويتعامل مع القلق . ويحاول خفض مستوى القلق لديه . وقد انقسم هذا البرنامج إلى قسمين حيث احتوى القسم الأول على ثماني جلسات تدريبية تضمنت الوعي بالاستجابات المختلفة لمشاعر القلق ، والإفصاح الذاتي بها ، مهارات حل المشكلة ، ثم بناء أطر التعامل واستخدام تقييم وتعزيز الذات، بينما احتوى القسم الثاني على ثماني جلسات لممارسة تلك المهارات والتعرض للمواقف المسببة للقلق واستخدم في البرنامج فنيات التعرض ،

والنمذجة والتحكم الطارئ ، وتدريب توجيه الذات ، وأسلوب حل المشكلة ، وتعديل الإفصاح الذاتي السيئ التوافق .

وأكد كل من جنسبرج وسيلفرمان وكارتنس Ginsburg, Silverman & Kurtines (١٩٩٥ ، ٥٢٩-٥٣٧) على أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية في البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي المقدم للأطفال ذوي اضطرابات القلق ، لأنها طريقة هامة لمساعدتهم على التعامل مع مشاعر الخوف والقلق في مواقف التقييم الاجتماعي ، والتي يتم التدريب عليها عن طريق النمذجة والممارسة السلوكية ، وتتضمن مهارات الابتسامة والضحك ، وتحية الآخرين ، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية ، وتلبية الدعوات ، ومهارات التحدث والتعزيز اللفظي ، والاهتمام بالمظهر ، خاصة وأن الأطفال في هذا العلاج لديهم اهتمامات حول التقييم والأداء الاجتماعي . وقد وضعوا برنامجاً يتكون من أثنى عشرة جلسة بواقع جلسة أسبوعياً لمدة (٤٥) دقيقة تقدم للأطفال ، وجلسة أسبوعياً للوالدين لمدة (١٥) دقيقة الذين يتم مقابلتهم بشكل منفصل عن أطفالهم ، حيث تركز الجلسة الأولى على مظاهر القلق لدى الأطفال كالحديث الذاتي والسلوك ، في حين تتضمن الجلسات الثانية إلى الرابعة التدريب على الاسترخاء ، واستخدام التعزيز ، ويتم التدريب على المهارات الاجتماعية في الجلسات الخامسة إلى السابعة ، وعلى مهارات التحكم الذاتي في القلق (تقييم ومكافأة الذات) في الجلسات الثامنة إلى العاشرة ثم مراجعة المفاهيم والمهارات المقدمة في البرنامج في الجلسات الحادية عشرة إلى الثانية عشرة .

أما من حيث فنيات برنامج التحكم في الذات لكل من سيلفرمان Silverman (١٩٨٩) وكيندال وآخرين Kendall et al (١٩٩٢) ، والذي يهدف إلى تدريب الأطفال على كيفية تعريف الإدراكات غير التوافقية وطرق التحكم في القلق ، من خلال مراقبة الذات Self Monitoring وتسجيل الأفكار والمشاعر والسلوكيات باستمرار ، ثم تقييم الذات Self Evaluation وهي خطوة هامة للعمل مع الأطفال القلقين ، فيجب أن يتعلم الأطفال تقييم سلوكهم في الاتجاه الإيجابي ، ووضع أهداف واقعية تسهل احتمال النجاح في المستقبل وتقلل من محاولات الفشل ، وأخيرا تعزيز الذات Self Reinforcement تقديم مكافأة للذات لاستخدام استراتيجيات العلاج (ايسن وكارني Eisen & Kearney ، ١٩٩٥ ، ١٥٣) .

ويشير هنا كانفر وكارولي Kanfer & Karoly (١٩٧٢) أن الهدف الأساسي لهذه الاستراتيجيات هو التركيز على زيادة القدرة على ضبط النفس من خلال مراقبة الذات وتقييمها وتعزيزها (جوزيف وروبرت ، ١٩٩٩ ، ١٣٠- ١٣١) .

وقدم كل من هيوارد وكيندال Howard & Kendall (١٩٩٦ ، ٦) الاستراتيجيات العامة لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الأسري للطفل القلق ، والذي وصفه (١٩٩٠) ويهدف إلى زيادة قدرة الطفل على ملاحظة ردود الأفعال القلقة والأفكار المعرفية المرتبطة بالقلق ، واستخدام إجراءات الاسترخاء ، والواجبات المنزلية والنمذجة ، ولعب الدور ، والتعرض في الواقع والخيال للمواقف المثيرة للقلق . حيث يتكون هذا البرنامج من ست عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعيا مدة

كل منها من (٦٠ : ٨٠) دقيقة ، ركزت الجلسات الثمانية الأولى على تقديم مفاهيم القلق وأعراضه لدى الأطفال وأهداف هذا البرنامج ، ثم تعديل الحديث الذاتي المثير للقلق ، وأسلوب حل المشكلة والتدريب على الاسترخاء ، بينما ركزت الجلسات الثمانية المتبقية على الممارسة وتطبيق خطة التعامل مع القلق .

ثم قدم كل من سكوردر وكيندال Schroeder & Kendall (١٩٩٦ ، ١-٢) برنامجاً معرفياً سلوكياً جماعياً للأطفال القلقين هدف إلى تزويد الأطفال المهارات اللازمة للتعامل بنجاح في المواقف المتنوعة المثيرة للقلق ، والذي لم يختلف عن برنامج كيندال وآخرين Kendall et al الذي قدمه (١٩٩٠) من حيث الهدف ومضمون الجلسات وعددها وزمنها ، واستخدم فيه التعرض وتدريب الاسترخاء ولعب الدور ، والنمذجة كفنيات سلوكية ، والتحكم الذاتي وحل المشكلة والواجبات المنزلية ، وتعديل الإفصاح الذاتي كفنيات معرفية .

وقد لخص كيندال Kendall خطة لإتباع التحكم في القلق والتي رمز لها بالحروف Fear ، حيث يشير كل حرف إلى :

- (F) وتعني Feeling Frightened وهي الشعور بالخوف ، حيث يطلب من الطفل أن يعرف إشارته الداخلية والجسمية الدالة على القلق ويتعلم مهارات الاسترخاء .
- (E) وتعني Expecting Bad things to Happened حيث يطلب من الطفل أن يذكر الأشياء والأفكار التي يقلق منها ، ويفكر في النتائج المرغوبة ويتعلم كيف يعرف القلق .

- (A) وتعني Actions and Attitudes هي الأفعال والاتجاهات التي قد يستخدمها الطفل لخفض أو للتحكم في القلق .
- (R) وتعني Rate and Reward هنا يتعلم الطفل تقييم نتيجة عمله ثم مكافأة نفسه على النجاح التدريجي الجزئي أو الكلي للتعامل مع القلق (كيندال وتريدول Kendall & Treadwell ، ١٩٩٦ ، ٢٨) .

هذا وقد اعتمد كثير من الباحثين على طريقة كيندال Kendall والفنيات المعرفية والسلوكية التي استخدمها في برامجه وأثبتت فعاليتها في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال ، واستمرار تلك الفعالية لمدة سنة أو أكثر من المتابعة ، ومنها على سبيل المثال دراسة دادس وآخرين Dadds et al. (١٩٩٧) وباريت وآخرين Barrett et al (١٩٩٦) حيث قدموا برنامجاً للأطفال القلقين ووالديهم بعد أن أجرى تعديلات بسيطة على طريقة كيندال بما يتناسب والمجتمع الأسترالي ، والدراسات التي قام بها كيندال وسوثروم جيرو Kendall & Southaum - Gerow (١٩٩٦) ، وتريدول وكيندال Tread well & Kendall (١٩٩٦) والتي استخدم فيها تلك الفنيات وأثبت فعاليتها واستمرار تلك الفعالية .

وعليه يمكن القول بأن الفنيات المعرفية والسلوكية المستخدمة في البرامج المعرفية السلوكية لخفض اضطرابات القلق لدى الأطفال ، تضمنت التحكم الذاتي ، وأسلوب حل المشكلة ، والمهارات الاجتماعية ، وتعديل الإفصاح الذاتي والتخيل كفنيات معرفية . والتعرض والتدريب على الاسترخاء ، والنمذجة ولعب الدور ، وإجراءات التعزيز كفنيات سلوكية .

دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي :

يؤدي أخصائي العلاج المعرفي السلوكي عدداً من الأدوار عندما يعالج الأطفال والمراهقين ، فهو يعمل كمرشد ، ومشخص ، ومعلم ، فعليه أن يطبق أساليب العلاج المعرفي السلوكي في العلاج ، وأن يركز على عمليات الأفكار التي يعتقد أنها وسيط للقلق المرتبط بالسلوك ، وأفكار الطفل ، واعتقاداته واتجاهاته ، والتعبير الذي هو مصدر رئيسي لمشكلة القلق (دروبس وستارون Drobes & Straun، ١٩٩٣ ، ٧٨٩).

فدوره كمرشد في مساعدة الطفل على تنمية مهارات التفكير بشكل مستقل ، والتعاون معه في محاولة لحل مشكلته ، بتوليد الأفكار ، وتزويده بالاقتراحات وإعطائه فرصة مناسبة لاختبار هذه الأفكار دون إخباره ماذا يفعل ، وإيجاد الفرص المناسبة لتدريبه .

وكمشخص حيث يجمع المعلومات عن الطفل من مصادر متعددة، فعن طريق الطفل والوالدين والمدرسين ، حيث يدمج المعلومات التي حصل عليها في تحديد طبيعة الاضطراب وفي تخطيط التدخل المناسب للطفل .

وكمعلم حيث يعني بالتدريب على المهارات وينصب اهتمامه على فهم إدراكات الطفل . فيعلم الطفل التشويه المعرفي ومدى تأثيره على سلوكه ، وتعليمه كيف يحل نماذج التفكير المشوهة أو الأفكار المحرفة ، ويضع مكانها نماذج تكيفية ، فهو يحاول تعليم الطفل التفكير الصحيح (ايسن وكارني Eisen & Kearney ، ١٩٩٥ ، ١٤٥) .

ومن خلال العرض السابق لمفهوم الإرشاد والبرنامج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق لدى الأطفال ، يمكن استخلاص وجهة نظر عامة للاسترشاد بها عند إعداد برامج الإرشاد المعرفي السلوكي للأطفال القلقين على الوجه التالي :

١. إن الإرشاد المعرفي السلوكي المستخدم يتعامل مع أفكار ومشاعر وسلوك الطفل ، ويجمع ما بين بعض الفنيات المعرفية والسلوكية .
٢. يقدم البرنامج المعرفي السلوكي المفاهيم والفنيات المعرفية في الجلسات الأولى ، والتي يتم تطبيقها في الجلسات المتبقية باستخدام فنيات سلوكية .
٣. يهتم البرنامج بالعلاقات والتفاعلات ما بين المرشد والأطفال ، والأطفال بعضهم البعض ، والتي يعتمد عليها نجاح البرنامج . ويخصص الجلسات الأولى من البرنامج لذلك .
٤. يستخدم البرنامج المعرفي السلوكي الإرشاد الجماعي والفردي للأطفال ، والذي يخدم أهداف إقامة واستمرار العلاقة بين المرشد والأطفال ، وهدف البرنامج نفسه .
٥. يتعاون في هذا البرنامج المرشد والأطفال ، حيث يتحملون جزء من المسئولية من خلال قيامهم بأداء الواجبات المنزلية ومتابعة تطبيق المهارات المطلوبة بعد الجلسة .
٦. يقوم المرشد في البرنامج المعرفي السلوكي بدور مهم ، فهو مرشد يساعد الطفل على تنمية بعض مهارات حل المشكلة بشكل مستقل ، وكشخص يجمع معلومات متنوعة من مصادر متعددة عن الطفل ،

وكمعلم يدرب الطفل على العديد من المهارات التي يتضمنها البرنامج.

٧. يتكون البرنامج من ست عشرة جلسة يتم تقسيمها إلى جلسات اكتساب مهارات وعددها ثماني جلسات ، وجلسات تطبيق المهارات وعددها ثماني جلسات ، تعقد أسبوعياً بواقع (٦٠ : ٨٠) دقيقة ، ويتخللها أربع جلسات منفصلة للوالدين ، إلا أنه يمكن أن تزيد الجلسات عن ذلك خاصة في الجزء الثاني من البرنامج حسب الحاجة لذلك .

الفصل الثالث

البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي

الفصل الثالث

البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي

مقدمة :

يخاطب هذا البرنامج أفكار ومشاعر وسلوك الطفل . ويدمج بعض الأساليب والفنيات المعرفية والمتمثلة في أسلوب حل المشكلة والتحكم الذاتي والواجبات المنزلية ، مع بعض فنيات سلوكية كالتحصين التدريجي والاسترخاء والتعزيز ، والتي يتم التدريب عليها باستخدام فنيات سلوكية أخرى كالنمذجة ولعب الدور .

مصادر إعداد البرنامج :

اعتمد في إعداد البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي على عدة مصادر تتضمن :

- مراجعة العديد من المصادر العربية الأجنبية التي تناولت موضـــوع علاج اضطرابات القلق لـــدى الأطفـــال ومنهـــا : ميشـــلون واشـــر Michelson & Ascher (١٩٨٧) ، كيندال Kendall (١٩٩٢) ، وكيندال وآخرين Kendall et al (١٩٩٢) ، ايسن وكارني Eisen & Kearney (١٩٩٥) ، وايسن وآخرين Eisen et al (١٩٩٥) ، مـــارش March (١٩٩٥) ، كينـــدال وتريـــدول Kendall & Treadwell (١٩٩٧) ، شوثروم جيـــرو وآخـــرون – Southarm

Gergw et al (١٩٩٧) ، وسيلفرمان وكـرتنس (Silverman & Kurrines (١٩٩٦) .

- الاطلاع على بعض البرامج الإرشادية العربية والأجنبية في خفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال ، حيث شملت المصادر العربية: برنامج صلاح الدين عراقي (١٩٨٥) ومـدحت الطـاف (١٩٨٩) ، عزة عبد الجواد (١٩٩٠) ، أسماء غريب إبراهيم (١٩٩٤) ، فوزي يوسف(١٩٩٤) ، صلاح عبد الغني عبود (١٩٩٥) ، ومحمد محمود محمد (١٩٩٥) فيصل الزراد (١٩٩٧) . أمـا المصـادر الأجنبيـة فشملت : البرنامج الذي قام بإعداده شرودر وكيندل Schroeder & Kendall(١٩٩٦) وهو البرنامج المعرفي السلوكي للأطفال القلقين : دليـل الأخصـائي للعـلاج الجمـاعي Cognitive–Behavioral Therapy For Anxious Children Therapist Manual For Group Treatment ، والبرنامج الذي قام بإعداده كيندال وآخـرين Kendall et all (١٩٩٢) وهو العلاج المعرفي السلوكي للأطفـال القلقين دليل الأخصائي Cognitive–Behavioral Therapy For Anxious Children : Therapist Manual ، وكراسات المهمات والواجبات المنزلية الخاص بالعلاج المعرفي السلوكي للأطفال القلقين والذي أعده كيندال Kendall (١٩٩٢) Coping Cat Workbook & Coping Cat Notebbok ، والبرنامج الذي قام بإعداده هوارد وكيندال Howard & Kendall (١٩٩٦) وهـو خـاص بـالعلاج المعرفي السلوكي الأسري للأطفـال القلقـين دليـل الأخصـائي . Cognitive – Behavioral Family Therapy For Anxious Children : Therapist Manual .

- الملاحظات أثناء الدارسة الاستطلاعية لإعداد وتطبيق المقياس .

أهمية البرنامج :

تتضح أهمية البرنامج الإرشادي فيما يلي

١. يساعد البرنامج الإرشادي على مواجهة المواقف المثيرة للقلق لدى الأطفال دون حدوث أي توتر قدر الإمكان .
٢. إسهام البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تعلم طريقة جديدة للتغلب على بعض المشكلات التي تواجه الأطفال في حياتهم من خلال استخدام بعض الأساليب المعرفية والسلوكية .
٣. يساعد هذا البرنامج أيضا على خفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال مما يسهم في تحقيق قدر من التوافق النفسي لديهم .

الحاجة إلى البرنامج :

أكدت بعض البحوث والدراسات السابقة على أن الأطفال في هذه المرحلة يعانون من بعض اضطرابات القلق مما يسبب لهم الكثير من الاضطرابات النفسجسمية كالصداع وسرعة ضربات القلب وضيق التنفس وغيرها ، إلى جانب الاضطرابات الاجتماعية والتي تتمثل في الانسحاب والتجنب من المواقف الاجتماعية ، إضافة إلى الاضطرابات الانفعالية التي تظهر في الشعور بالتردد والشك وعدم الثقة بالنفس وغيرها ، كذلك اضطرابات في عمليات التفكير والذاكرة ، كالاعتقادات السالبة والتقييم الخاطئ للبيئة وصعوبة تركيز الانتباه ، وفي الوقت ذاته دلت تلك

الدراسات أيضا على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق لديهم ، وذلك لما يوفره من فنيات متنوعة كالأساليب المعرفية والسلوكية التي تساعد الأطفال على تنمية أطر للتعامل مع المواقف المثيرة والمسببة لاضطرابات القلق لديهم بطريقة سهلة الضبط والتحكم .

الأسس التي يقوم عليها البرنامج :

يرى سيد محمد صبحي (٢٠٠٠ : ١-٢) أنه عند بناء برامج الإرشاد المعرفي السلوكي فلابد وأن تقوم على مجموعة من الأسس أو الركائز العلمية والفلسفية والتربوية ، والمتمثلة في :

١. **الأسس العامة :** قد روعي حق الطفل في التقبل دون قيد أو شرط وكذا حقه في الإرشاد النفسي ، كذلك قابلية السلوك للتعديل والتغيير .
٢. **الأسس الفلسفية :** استمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من النظرية المعرفية السلوكية بشكل عام ، إلى جانب اعتماده على الأسس الفلسفية العامة التي تتضمن مراعاة أخلاقيات الإرشاد وسرية البيانات.
٣. **الأسس النفسية :** روعي الخصائص العامة للنمو في هذه المرحلة والخصائص المميزة لها والفروق الفردية بين الأطفال في هذه المرحلة .
٤. **الأسس التربوية :** روعي أن يكون الهدف واضحا لا يخرج عن الهدف العام الذي تتطلع إلية المدرسة وهو تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للأطفال .

٥. **الأسس الاجتماعية :** استخدم أسلوب الإرشاد المعرفي السلوكي ، حيث أظهرت بعض الدراسات أن هذا الأسلوب ذو فاعلية في العلاج بطريقة جماعية وفردية ، وذلك حسب ما تتطلبه طبيعة كل جلسة وظروف كل طفل .

٦. **الأسس الفسيولوجية والعصبية :** استخدم فنية التحصين التدريجي ، وما تتضمنه هذه الفنية من تدريب الاسترخاء العضلي ، حيث تم مراعاة تلك الأسس التي تساعد الجسم على الوصول إلى حالة الاسترخاء الكامل .

٧. **الأسس الإدارية :** والتي يتضمن تهيئة المناخ الإداري المناسب من المكان والأدوات والوسائل اللازمة للتطبيق .

الخدمات التي يقدمها البرنامج :

يقدم البرنامج عددا من الخدمات منها :

١. **الخدمات الإرشادية والعلاجية :** تتمثل في خدمات مباشرة ، وخدمات غير مباشرة ، فالخدمات المباشرة تتمثل في مساعدة الأطفال على خفض بعض اضطرابات القلق لديهم ، أما الخدمات غير المباشرة فهي تتضمن مساعدة وتوجيه وإرشاد أمهات الأطفال في كيفية التعامل مع أطفالهن ، وأيضا إرشادهن ومساعدتهن على الحصول على بعض الخدمات الإرشادية والنفسية لهن ، ولإخوة أطفالهن خاصة في بعض حالات التفكك الأسري .

٢. **الخدمات الوقائية :** يقدم البرنامج خدمة وقائية مهمة ، حيث يتم تدريب الأطفال على استخدام فنية التحكم الذاتي وأسلوب حل المشكلة

والاسترخاء في المواقف التي تواجههم في الحاضر وكيفية التغلب على قلقهم في المستقبل .

٣. الخدمات التربوية : وتمثلت في تحسين التحصيل الدراسي والأداء بالمدرسة بشكل عام بطريقة غير مباشرة ، وذلك باستخدام الأطفال لما تعلموه في الجلسات أثناء فترة الامتحانات كالتحكم الذاتي والاسترخاء ، لما لهذه التقنيات من فعالية في خفض مستوى القلق لديهم .

٤. الخدمات الاجتماعية : وتتمثل في تدعيم العلاقات بين الأطفال خلال الجلسات الأولى أثناء تدريبهم على فنيات البرنامج ، وذلك من خلال التفاعل الاجتماعي المثمر بينهم خلال كل جلسة وتدعيم العلاقات بينهم ، والاهتمام بالمناسبات الخاصة بهم ، كأعياد الميلاد ، والنجاح في المدرسة ، والمناسبات الأسرية السعيدة ، وتبادل الهدايا وبطاقات المعايدة .

٥. الخدمات الترويحية : وتتمثل في حث الأطفال على استغلال أوقات فراغهن في ممارسة الأنشطة الرياضية والفنية والاجتماعية ، ولإرشادهم إلى بعض المراكز الموجودة في الدولة لتنمية هواياتهم ومواهبهم في الرسم والرياضة ، إضافة إلى إقامة الحفلات بين كل فترة وأخرى للأطفال وأمهاتهم أثناء تطبيق البرنامج وأثناء المتابعة .

٦. خدمات متابعة : وتتمثل في المتابعة لكل خطوة من خطوات البرنامج للوقوف على التأثيرات التي أحدثها البرنامج في الأطفال ، والمتابعة لهم في كافة شئونهم الأسرية والمدرسية والسؤال الدائم عنهم وعن أسرهم .

٧. **خدمات إنسانية :** وتتمثل في الاهتمام باهتمامات الأطفال ومشاركتهم في كافة الأنشطة التي يحبونها وتقبل الأطفال في جميع حالاتهم النفسية وحل المشكلات التي تواجههم كلما أمكن .

التخطيط العام للبرنامج :

تشمل عملية التخطيط العام للبرنامج على تحديد الأهداف العامة والإجرائية ، ومحتواه العملي ، والإجرائي ، والاستراتيجيات ، والأساليب المتبعة في تنفيذه ، وتقييم الجلسات الإرشادية ، وتحديد المدى الزمني للبرنامج ، وعدد الجلسات الإرشادية ، ومدة كل جلسة ، ومكان إجراء البرنامج ومن ثم تقييم البرنامج ككل .

١) أهداف البرنامج :

تنقسم أهداف البرنامج إلى قسمين :

الأهداف العامة والتي تتحدد في هدفين :

- هدف علاجي : حيث يهدف إلى خفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال من خلال تدريبهم على استخدام بعض الأساليب المعرفية والسلوكية المتضمنة في البرنامج .
- هدف وقائي : حيث يكتسب الأطفال بعض الفنيات المعرفية والسلوكية التي تساعدهم على مواجهة المواقف المثيرة للقلق لديهم في المستقبل .



الأهداف الإجرائية :

وتتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل المثمر داخل الجلسات ومن خلال القيام بأداء الأنشطة داخل الجلسة ، والواجبات المنزلية والتي يكلف بها الأطفال والمتعلقة بالمواقف المثيرة للقلق لديهن واستخدام الاسترخاء ، وتتلخص الأهداف الإجرائية فيما يلي:

١. التعرف على الدور الذي يؤديه القلق في الحياة وما يسببه من مشكلات .
٢. اكتساب المهارات اللازمة للتعايش بنجاح مع المواقف المتنوعة المثيرة لبعض اضطرابات القلق لديهم ، باستخدام بعض الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تم تعلمها في البرنامج .
٣. التدريب على استخدام بعض الأساليب السلوكية والتي تم تعلمها أثناء تطبيق البرنامج وتساعد في التغلب على المواقف المسببة لاضطرابات القلق ، وهي التحصين التدريجي والاسترخاء .
٤. التعرف على الدور الذي يؤديه الاسترخاء العضلي في خفض التوتر والقلق ومن ثم التدرب على استخدامه في مواجهة المواقف المثيرة لاضطرابات القلق لديهم .

٢) الإعداد المبدئي للبرنامج :

أ . مراحل تطبيق البرنامج :

يمر البرنامج بأربع مراحل وهي :



المرحلة الأولى : التي يتم من خلالها التعارف ، والتمهيد ، وتبادل المعلومات الشخصية بين والأطفال ، وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه وذلك في الجلسة الأولى والثانية .

المرحلة الثانية : وهي المرحلة المعرفية والتي هدفت إلى تقديم خطة التغلب على القلق من خلال تقديم المفاهيم النظرية والمهارات المعرفية للتحكم في القلق ، ويتم ذلك خلال الجلسات الثالثة إلى الخامسة عشرة .

المرحلة الثالثة : وهي المرحلة السلوكية وهدفها تقديم تلك الإجراءات وممارستها بعد تقديم المفهوم النظري لها ، وذلك من خلال الجلسات السادسة عشرة إلى السادسة والعشرين .

المرحلة الرابعة : وهي المرحلة الختامية وهدفها تلخيص أهداف البرنامج ، وتقييم وتهيئة الأطفال لإنهاء البرنامج ، وذلك في الجلسات السابعة والثامنة والعشرين .

ب . الأسلوب الإرشادي المستخدم في تنفيذ البرنامج :

استخدم أسلوب الإرشاد الفردي والجماعي في تنفيذ هذا البرنمج ، حيث كانت أغلب جلسات البرنامج جماعية ، بحيث لا يقل عدد الأطفال في المجموعة الواحدة عن خمسة على الأقل ولا يزيد عن عشرة ، وذلك حتى يسهل توجيههم بشكل مناسب وإتاحة الفرصة لهم بالمشاركة والتفاعل ، وبالتالي يمكن تكوين علاقات فيما بينهم إضافة إلى تسهيل عملية تقييم مستوى أدائهم . أحيانا فردية عند استخدام التحصين حيث كانت بعض جلساته فردية خاصة بقلق كل طفلة وجماعية خاصة بالقلق الشائع بين الأطفال .

ج . الوسائل المستخدمة في البرنامج :

استخدم الوسائل الآتية :

- شريط تسجيل للتدريب على الاسترخاء .
- أوراق عمل متنوعة تخدم أهداف جلسات البرنامج .
- شريط تسجيل لملخص البرنامج المقدم لكل طفلة .

٣) المدى الزمني للجلسة :

استغرقت الفترة الزمنية لكل جلسة ما بين (٤٥–٥٠) دقيقة بمعدل ثلاث جلسات أسبوعيا .

٤) محتوى الجلسات :

لقد تم انتقاء محتوى الجلسات الإرشادية بناء على الأهداف التي تم تحديدها في البرنامج ، وكذلك الإجراءات العملية بما تتضمنه من الفنيات والأسلوب الإرشادي والوسائل المستخدمة ، والجدول رقم (١) يوضح محتوى جلسات البرنامج وعددها وزمن كل جلسة والفنيات المستخدمة في كل جلسة .

وقد روعي مجموعة من المعايير في اختيار محتوى الجلسات وهي :

- استخدام الألفاظ والعبارات الواضحة والمفهومة لدى الأطفال في هذه المرحلة .
- تقديم المفاهيم والمهارات التي يتضمنها البرنامج في ترتيب منطقي متسلسل من البسيط إلى الأكثر تعقيدا .

- مراعاة خصائص الأطفال في هذه المرحلة بما يتناسب مع الخصائص النمائية لهم ، وتنوع فنيات وإجراءات البرنامج بما يساعد على اجتذاب الأطفال وزيادة دافعيتهم ، في سبيل تحقيق أهداف البرنامج .
- تنظيم أهداف وأسلوب الجلسات بحيث يشجع الأطفال التعبير عن مخاوفهم وقلقهم ومشاعرهم المختلفة مع احترام خبرات وآراء أعضاء المجموعة .
- استخدام الألعاب والأنشطة الترفيهية لتعزيز الترابط والتفاعل بين أعضاء المجموعة الواحدة .
- تصميم أنشطة الجلسات والواجبات المنزلية على أساس تطبيق ما تم تعلمه في كل جلسة .

واتبع عند تدريب الأطفال على مهارات البرنامج الإرشادي الخطوات الآتية :

- تقديم نموذج للمفاهيم والمهارات الجديدة في كل جلسة .
- دعوة الطفل للمشاركة في الأداء .
- تشجيع الطفل على الأداء بشكل مستقل .
- تحديد جلسات فردية في حالة غياب أحد الأطفال للتدريب على المهارات التي تضمنتها الجلسة بحيث تحضر قبل الجلسة بنصف ساعة على الأقل .

جدول (١)

محتوى وعدد ومدة جلسات البرنامج

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	الفنيات السلوكية	الفنيات المعرفية
الأولى	تعارف	١	٥٠دقيقة	التعزيز	
الثانية	عرض محتوى البرنامج	١	٥٠ دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
الثالثة	المشاعر والانفعالات في مواقف الحياة اليومية	١	٥٠دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
الرابعة	الإشارات الجسمية للمشاعر والانفعالات المختلفة	١	٥٠ دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية الإفصاح الذاتي
الخامسة	مشاعر الخوف والقلق	١	٥٠ دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية الإفصاح الذاتي
السادسة	مشاعر وانفعالات الخوف والقلق لدى الأطفال والاستجابات الجسمية لها	١	٥٠ دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية الإفصاح الذاتي
السابعة	التدريب على الاسترخاء	١	٥٠ دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية الإفصاح الذاتي
الثامنة	الحوار الذاتي ودوره في المواقف المثيرة للقلق	١	٥٠دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
التاسعة	تعديل الحديث الذاتي السلبي إلى حديث ذاتي إيجابي	١	٥٠دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية الإفصاح الذاتي

تابع جدول (١)

محتوى وعدد ومدة جلسات البرنامج

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	الفنيات السلوكية	الفنيات المعرفية
العاشرة والحادية عشرة	تنمية أسلوب حل المشكلة للتحكم في القلق	١	٥٠ دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية أسلوب حل المشكلة
الثانية والثالثة عشرة	التقييم والمكافأة الذاتية ودورها في التحكم في القلق	٢	٥٠ دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	تقييم ومكافأة الذات الواجبات المنزلية *
الرابعة والخامسة عشرة	تقديم خطة التغلب على القلق	٢	٥٠ دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
السادسة عشرة	التحصين التدريجي	١	٥٠ دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز التحصين التدريجي	التحكم الذاتي
السابعة عشرة إلى السادسة والعشرين	تقديم التحصين التدريجي	١٠	٥٠ دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز التحصين التدريجي	التحكم الذاتي
السابعة والعشرين	الجلسة الختامية	١	٥٠ دقيقة	التعزيز	
الثامنة والعشرين	جلسة التقييم	١	٥٠ دقيقة	التعزيز	

* وهي الخطوتين الثانية والثالثة في فنية التحكم الذاتي في حين كان الإفصاح الذاتي هو الخطوة الأولى في هذه الفنية .

٥) الفنيات المستخدمة في البرنامج :

استخدم في البرنامج الإرشادي فنيات معرفية تضمنت التحكم الذاتي Self Control ، وأسلوب حل المشكلة Problem- Solving، والواجبات المنزلية Assignment ، وفنيات سلوكية كالتحصين التدريجي Systematic Desenitization والاسترخاء Relaxation والنمذجة Modling ، ولعب الدور Role Playing ، والتعزيز Reinforcement

★ الفنيات المعرفية :

أ . التحكم الذاتي Self Control

هذا الإجراء يهدف إلى تعليم الفرد مواجهة المثيرات المسببة للضغوط والأفكار المرتبطة بها ، ومحاولة إيقافها ثم الاسترخاء وتعزيز الذات (Sutheland ، ١٩٨٩ ، ٣٩٤) . ويستخدم في البرنامج المعرفي السلوكي ، حيث يركز على أفكار الطفل ودورها في استمرار القلق ، حيث يطلب من الطفل ملاحظة أفكاره في المواقف المتنوعة المثيرة للقلق ، ثم تعليمه كيف يغير هذه الأفكار ويضع مكانها أفكاراً غير قلقة ، وقد اقترح كيندال وزملاؤه (١٩٩٠) في هذا الصدد نموذجا يشجع الطفل على سؤال نفسه عدة أسئلة بصوت عال ، مثلا هل يمكن أن يحدث هذا ؟ هل حدث هذا بالفعل ؟ ما الدليل على ذلك ، ويشجع الطفل على ذلك ، حيث تبدأ أولا بتدريبه على الاسترخاء الذي يساعده في التحكم في الأعراض النفسجسمية والنفسية بنفسه ، ثم تقييم ومكافأة الذات

بنفسه (سيلفرمان وكيرتنس Silverman & Kurtines ، ١٩٩٦ ، ٦٩–٧٠) .

فهذا الإجراء الذي أشار إليه كيندال وآخرين Kendall et al (١٩٩٢) ، يؤكد على تعليم الطفل أولاً كيف يعرف ويلاحظ تصريحات الذات المرتبطة بالقلق والمشاعر والأفكار ، ومتى استطاع التعرف على الإفصاح الذاتي غير المتوافق ، فإنه سيعمل مع الأخصائي لإيجاد تصريحات ذات تساعد على خفض القلق (فرانسس وبيدال Francis & Beidel, ، ١٩٩٥ ، ٣٢٩) ، (جنسبري وآخرين ، Ginsburg et al ، ١٩٩٥ ، ٥٢٧–٥٢٨) .

ويتضمن هذا الإجراء ملاحظة Self Monitoring وتسجيل الأفكار والمشاعر ، والسلوكيات باستمرار ، ثم تقييم الذات Self Evaluation وتفسير الأداء في الاتجاه الإيجابي ، وأخيرا تعزيز الذاتSelf Reinforcement وتقديم مكافأة لاستخدامه استراتيجيات العلاج والتحكم في القلق . (ايسن وكارني Eisen & Kearney ، ١٩٩٥ ، ١٥٣) ، وقد وصفته رونان Ronen بأنه إجراء تعليمي علاجي يتضمن عدة مراحل متسلسلة ، حيث يتم في المرحلة الأولى تعريف الأفكار السيئة التوافق ، فيتعلم الطفل هنا أنه يستطيع تغير السلوك المشكل الذي يعاني منه ، بتحديد الأفكار الخاطئة المتضمنة به ، وفي المرحلة الثانية يتم تعليمه كيف يركز على جسمه ، وعليه كتابة معلومات يمكن الاستفادة منها ، أما في المرحلة الثالثة فيتم تنمية مهارة الإحساس بالمثير المسبب للمشكلة لديه (وهنا تكون ملاحظة الذات المشاعر والسلوك والأفكار) فيتعلم

الاسترخاء ، وفي المرحلة الرابعة يبدأ في تعلم مهارات التحكم الذاتي المتضمن ملاحظة وتقييم ومكافأة الذات ، وأسلوب حل المشكلة ، وهي تلك الخطوات التي تساعد على التخلص من المشكلة (رونانRonen ، ١٩٩٧ ، ١٣٠-١٣١) .

ويستخدم هذه الفنية بتعليم الأطفال عن المشاعر المختلفة الإيجابية والسلبية ، ثم الانتقال إلى المشاعر السلبية كالإحساس الزائد بالخوف والقلق ، حيث يتعلم الأطفال أن شعورهم بالقلق الزائد هو سلوك يمكن تعديله ، ويطلب منهم كتابة مواقف مثيرة لمشاعر مختلفة حدثت لهم . ثم تعليمهم ملاحظة أنفسهم في مواقف القلق والأفكار ، والكلمات التي يتحدثون بها مع أنفسهم ، والأعراض التي تظهر عليهم ، ثم مساعدتهم على استخدام عبارات إيجابية واستخدام الاسترخاء للتغلب على القلق ، ثم تقييم أنفسهم (تقييم الذات) ثم تعزيزها (تعزيز الذات) . وهي خطوة مناسبة مع الطفل لأنها تساعد على نمو الثقة بالنفس .

ب . التدريب على أسلوب حل المشكلة Problem Solving Training

يعرف بأنه إجراء إكلينيكي تم استخدامه في العلاج السلوكي من قبل كل من دزريلا وكولد D'zurilla & Gold (١٩٧١) ، ويتكون من عدة خطوات وهي تعريف المشكلة ، ثم تحديد الاحتياجات لحلها . فتوليد البدائل التي يمكن أن تستخدم ، وتقييم البدائل والنتائج المرتبطة بها ، وأخيرا التحقق من النتائج (مارس وستراهد Meyers &Craichead ، ١٩٨٥ ، ٨-٩) .

وتشير رونان Ronen (١٩٩٧ ، ٨٣) بأن هذا الأسلوب قد استخدم مع الأطفال بنجاح في بداية (١٩٧٠) بواسطة سيبفاك وشاري Spivack &Shure ، اللذين طوروا سلسلة مهارات حل المشكلة المعرفية المرتبطة مع سوء التوافق السلوكي ، وتتضمن الحساسية للمشكلات ، والتفكير السيئ ، والرغبة في معرفة نتائج السلوك والقدرة على إظهار وتوليد حلول ممكنة ، ثم الوصول إلى الأهداف الخاصة خطوة خطوة . ويستطيع الأطفال تعلم حل المشكلة عن طريق الواجبات المنزلية ، ومن ثم يستطيعون تطبيقها في حياتهم الشخصية . كما إنه إجراء سهل جدا إذا استخدام طريقة كل من كيندال وبراسول Kendall & Braswell (١٩٨٥) ، التي تتضمن تعليم الطفل أن يسأل نفسه أسئلة جادة في سبيل حل المشكلة ، فعلى سبيل المثال يسأل نفسه ما المشكلة؟ ما الحلول التي أستطيع أن أطبقها لحل المشكلة ؟ ماذا يمكن أن يحدث لي إذا أنا فعلت كل هذه الحلول ؟ ما الحل المناسب ؟ ما هي نتيجة تطبيق الحل ؟ (فرانسيس وبيدال Francis&beidel ، ١٩٩٥ ، ٣٢٨) .

وهذا الأسلوب له فوائد كثيرة ، منها مساعدة الطفل على إدراك مشكلته ، ثم تشجيعه على التركيز على تقديم وتقييم الحلول الممكنة المتنوعة لحل المشكلة (سوثروم جيرو وآخرين Southam- Gerow et al ، ١٩٩٧ ، ١١٥) وذلك من خلال تقديم نماذج لمواقف ومشكلات تواجههم وكيفية حلها والتغلب عليها بتطبيق خطوات تلك الفنية .

ج . الواجبات المنزلية : Assignment

وهي تلك التي كان يكلف بها الأطفال ككتابة المواقف المثيرة للقلق لديهم ، وما يرتبط بها من أفكار وأعراض مختلفة ، والتدريب على الاسترخاء وغيرها ، والتي يتم مناقشتها في الجلسات التالية . وذلك بغرض مساعدتهم على ممارسة المهارات المتعلمة في جلسات البرنامج ، حيث يحدد في كل مرة واجب منزلي تتغير أهدافه حسب موضوع وهدف كل الجلسة ، ويتم مكافأة الطفلة على أدائها في كل مرة ، وفي حالة تعذر فهم الواجب يقدم نموذجاً له .

★ الفنيات السلوكية Behavioral Strategies

أ . التحصين التدريجي : Systematic Desenitization

جاءت البدايات الأولى لاستخدام الكف بالنقيض مرتبطة بعلاج المخاوف المرضية الشديدة (الرهاب) ، حيث تبدو الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية (الخوف أو القلق) تدريجياً من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض لها ، عند ظهور الموضوعات المرتبطة به . وقد بدأت أول محاولة منظمة لاستخدام هذا المبدأ على يد جونز Jones تلميذة واطسن لمساعدة أحد الأطفال للتخلص من مخاوفه المرضية الشديدة المتعلقة بالحيوانات ، حيث تم إزالة مخاوف الطفل بتعريضه لمصدر الخوف تدريجياً ، ومازال هذا الأسلوب من الأساليب المستخدمة في حالات الخوف والقلق لدى الأطفال (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣ ، ٧١-٧٢) .

ويضيف كنج وأوليندك King & Ollendick (١٩٩٧ ، ٣٩١) إلى أن هذا الإجراء طور أصلاً من الكتابات الأولى لبافلوف وداتسون وجونز وماسترمان ، ثم فوليه Wolpe (١٩٥٨) الذي وسع هذه الأعمال وصاغ إجراء التحصين التدريجي المنظم ، إلا أن هذا يعود أولاً وغالباً إلى العلاج الأولي لجونز Jones للطفل بيتر Peter عام (١٩٢٤) .

ولقد قدم فولبه Wolpe طريقته في العلاج النفسي حين كان يعمل ضابط طبيب بعد أن لاحظ أن التحليل النفسي غير مقبول في روسيا وأدرك أن السبب يرجع إلى دراسات بافلوف Pavlov وهل Hull(باترستون ، ١٩٨١ ، ٢٥٤) . ويلخص طريقته على النحو التالي " إذا نجحنا في استثارة استجابة ما معارضه للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له ، فإن من شأن هذه الاستجابة المتعارضة أن تؤدي إلى توقف كامل للقلق ، أو تؤدي على الأقل لكف أو توقف جزئي له إلى أن يبدأ القلق في التناقص ثم في الاختفاء التام بعد ذلك (عبد الستار إبراهيم وآخرين ، ١٩٩٣ ، ٧٢) ويعد هذا الإجراء عنصر ضروري لأي برنامج لخفض الخوف والقلق ويتضمن جعل الطفل يتعرض لمثيرات الخوف أو القلق في نمط متدرج من خلال المدرج الذي ينتقل فيه خطوة خطوة (جنسبري وآخرين ، Ginsburg et al ، ١٩٩٥ ، ٥٢٩)

ويتطلب استخدام هذا الأسلوب مع الأطفال قدرة الطفل على تحديد الاستجابات المتعارضة مع القلق ، ثم تقسيمها إلى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب الشدة ، بحيث تبدأ بأقلها إثارة

لمخاوف الطفل ، ثم تعريضه للمواقف المخيفة تدريجياً ، وذلك إما من خلال الخيال أو الواقع . (عبد الستار إبراهيم وآخرين ، ١٩٩٣ ، ٧٢-٧٤) . وتم تدريب الأطفال على هذه الفنية بعد أن يتم تدريبهم على الاسترخاء ، وتحديد المواقف المثيرة للقلق لديهم ، ثم الاقتران بين تلك المواقف في الخيال .

ب . الاسترخاء : Relaxation

استخدم الاسترخاء في الطب والعلاج وعلم النفس الإكلينيكي منذ فترة طويلة (١٩٢٩) على يد الطبيب النفسي جيكبسون Jacobson ، الذي قرر أن استخدامه يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة لدى مرضى القلق . ويعرف بالمعنى العلمي بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ١٥٣-١٥٤) . واستخدم هذا الإجراء مع الأطفال وأثبت فاعليته في ذلك ، فمن خلاله يتعلم الطفل كيف يقلل الشعور المنفر المرتبط بالخوف والقلق ، وكيف يسترخي ويمارس التنفس العميق ، ويتعرف الطفل على الفرق بين العضلات المشدودة والمسترخية ، ثم إثارة الدافع لديه للتعامل مع المواقف المثيرة للقلق . عن طريق مثيرات عدائية ضده (جنسبري وآخرين Ginsbury et al ، ١٩٩٥ ، ٥٢٩) . وقد تم تدريب الأطفال على استخدام فنية الاسترخاء العضلي بدأ من قمة الجسم إلى أسفله بطريقة ثابتة ونظامية ، وإعطاء كل طفلة شريط خاص بها للتدريب على الاسترخاء .

ج . النمذجة Modeling

أشارت نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura (١٩٧٧) بأن الأطفال يتعلمون كماً هائلاً من السلوكيات بواسطة ملاحظة أو مشاهدة الآخرين . وكذلك الحال للطفل القلق الذي يتعلم من خلال ملاحظة طريقة الآخرين في التعامل مع مثيرات الخوف والقلق . (فرانسيس وبيدال Francis & Beiddel ، ١٩٩٥ ، ٣٢٧) . فهذه النظرية تفترض بأن الطفل الذي يعاني من القلق قد تأثر بواسطة البيئة ، ومن هنا فان سلوك الخوف والقلق سلوك متعلم عن طريق ملاحظة آخرين ويمكن التخلص منه عن طريق جعل الطفل يلاحظ نماذج تمارس بنجاح التعامل مع المثيرات التي يخافها الطفل . وتكون هذه الطريقة أكثر فاعلية عندما يطلب من الطفل القلق المشاركة ، وعندما يتشابه النموذج مع الطفل القلق في السن ومستوى القلق والخبرة مع حالات ومثيرات القلق (دولان وبرازيال Dolan &Brrazeal ، ١٩٩٣ ، ٥٧١-٥٧٢) .

فالنمذجة لها أهمية في العلاج المعرفي- السلوكي ، فمن خلالها يتم التركيز على فكرة أن السلوك يمكن أن يكتسب ويتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج . وهناك أنواع مختلفة من النماذج تستخدم بواسطة المعالج المعرفي- السلوكي ، وهي النموذج الرمزي ، والنموذج الحسي ، ثم النموذج المشارك . (سوثروم جيرو وآخرين Southam-Gerow et al ، ١٩٩٧ ، ١١٥) . واستخدم هذه الفنية بتقديم وتوضيح عدد من المفاهيم والمهارات المتضمنة في البرنامج للتدريب على الفنيات الأخرى .

د . لعب الدور : Role Playing

هو أحد أساليب التعلم الاجتماعي الذي يتضمن تدريب الفرد على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي عليه أن يتقنها ويكتسب المهارة فيها (عبد الستار إبراهيم وآخرين ، ١٩٩٣ ، ٣٤٥) . وجزء هام في العلاج المعرفي السلوكي يستخدم كأسلوب في العلاج لإعطاء الطفل فرصة مناسبة لممارسة التعايش ، واختبار الحلول المتعددة للمشكلة ، ويتضمن تصميم حدث مفتعل وطريقة للممارسة في المواقف المثيرة للقلق (كيندال وآخرين Kendall et al ، ١٩٩٥، ٧) . وتم استخدام هذه الفنيات عند تقديم بعض المواقف المثيرة للقلق التي سجلها الأطفال ، وتوضح كيفية التغلب عليها باستخدام الفنيات المتضمنة في البرنامج ومن ثم قيام الأطفال بذلك.

هـ . التعزيز Reinforcement

يعتبر التعزيز أسلوب في العلاج السلوكي يقدم في كل مرة يؤدى بها السلوك المرغوب ، أي أن الإثابة تعتمد على السلوك المشروط بأدائه (جابر عبد الحميد ، علاء كفافي ، ١٩٩٠ ، ٦٦٤). واستخدم هذا الإجراء في هذا البرنامج بتقدم التعزيز للطفل عند أدائه للمهارات المطلوبة منه ، ويكون التأكيد ليس فقط على النجاح الكلي ، بل على الجزئي أيضا ويشترك الطفل في إعداد قائمة للمكافآت التي تبدأ بالمادية ثم المعنوية . كذلك يتم تدريب الطفل على تعزيز ومكافأة نفسه من خلال أسلوب التحكم الذاتي السابق الذكر في الاستراتيجيات المعرفية .

جلسات البرنامج

الجلسة الأولى

للتعارف بين الأطفال .

أهداف الجلسة :

١. إقامة علاقة تفاعلية بين منفذ البرنامج والأطفال وبين الأطفال بعضهم البعض .
٢. تبادل بعض المعلومات والبيانات الشخصية بين منفذ البرنامج والأطفال .

الفنيات المستخدمة :

فنية لعب الدور ، والنمذجة ، والتعزيز .

زمن الجلسة :

استغرقت الجلسة خمسين دقيقة .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

في البداية قدمت منفذة البرنامج نفسها للأطفال وتعرفت عليهم طفلة طفلة ، ولتخفيف التوتر والقلق الذي قد يوجد لدى الأطفال استخدمت معهم لعبة التعارف قائلة لهم ما رأيكم أن نلعب معاً لعبة ممتعة تسمى لعبة التعارف ؟ وقد نفذت بطريقتين الطريقة الأولى

وضع بطاقات مكتوب عليها أسماء الأطفال على الطاولة أمام كل طفلة وهي مقلوبة وطلب من كل طفلة أن تقلب البطاقة الموجودة أمامها وتقرأ ما كتب عليها ثم تضعها أمامها . أما الطريقة الثانية فقدمت البطاقات في علبة أمام الأطفال وطلب من كل طفلة بالترتيب سحب بطاقة وقراءة الاسم المكتوب عليها وإعطاءها لصاحبة الاسم ... وهكذا .

بعد أن انتهت عملية التعارف اقترحت منفذة البرنامج على الأطفال ممارسة الأنشطة المحببة إليهم والتعرف وإلقاء نظرة على الأشياء الموجودة بالغرفة واكتشافها ، ومن ثم اختيار وممارسة النشاط المناسب لكل طفلة لمدة خمس عشرة دقيقة وبعدها العودة إلى الأماكن، وكانت منفذة البرنامج أثناء اللعب تلاحظ الأطفال وتسجل الملاحظات وتتدخل عند الحاجة إلى ذلك .

بعد انتهاء فترة اللعب عاد الأطفال إلى أماكنهم وقامت منفذة البرنامج بتقديم لعبة ممتعة ومسلية وهي لعبة الحقائق والبيانات الشخصية أو تذكر المعلومات وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة مكتوب على بطاقات يجيب الأطفال ومنفذة البرنامج على نفس الأسئلة ما هو أسم الأب والأم ؟ كم عدد الأخوة الذكور والإناث ؟ وما هو اللون المفضل ؟ وما هي شخصية الكرتون المفضلة ؟ الهوايات المفضلة ؟ وبعد الإجابة على الأسئلة يتبادل الأطفال البيانات الخاصة بكل طفلة عن زميلتها ، وتم مكافأة الأطفال بعد انتهاء اللعبة .

قدمت منفذة البرنامج للأطفال القطة مشمش (وهي لعبة على شكل قطة مصنوعة من الفرو) تتحدث إليهم من خلال منفذة البرنامج قائلة أهلاً وسهلاً بكم يا أصدقائي أنا القطة الشجاعة ما رأيكم أن أحدثكم عن نفسي ؟ أنا اسمي مشمش ولي أخت وأخ وأنا أحب مشاهدة الطيور وتسلق الأشجار وأحب الكرتون توم وجري ولكن أحب توم أكثر وأحب الأكل والنوم ، كنا نسكن في بيت قديم ، وعندما انتقلنا إلى منزلنا الجديد كنت خائفة أن لا أجد أصدقاء بالقرب من منزلنا الجديد لكن تغلبت على الخوف ، الآن انتم عرفتم عني بعض المعلومات ما رأيكم في أن تتحدثوا عن أنفسكم ؟ هيا نبدأ معاً خطوة خطوة في عرض البيانات والحقائق الشخصية ونكتبها في ورقة ، ثم نتحدث عما كتبنا بها بعد الانتهاء من الكتابة وكانت منفذة البرنامج تلاحظ وتسجل المعلومات التي يقولها الأطفال بدقة ، حيث تعتبر هذه المعلومات أولى المحاولات التي يشترك فيها الأطفال في معلومات خاصة بهم وهي تشجعهم على ذلك .

في نهاية الجلسة تم مكافأة الأطفال وتحديد موعد الجلسة القادمة ومكانها .

الجلسة الثانية

موضوع الجلسة :

عرض محتوى البرنامج .

أهداف الجلسة :

١. استمرار إقامة العلاقات والتفاعلات الشخصية بين الأطفال بعضهم البعض وبينهم وبين منفذة البرنامج .
٢. التعرف على البرنامج من حيث أسسه وأهدافه وتقديم معلومات أساسية لهم .
٣. التعرف على الهدف من اشتراكهم في جلسات البرنامج الإرشادي.

الفنيات المستخدمة :

فنية النمذجة ولعب الدور والواجبات المنزلية .

مدة الجلسة :

استغرقت الجلسة خمسين دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

في بداية الجلسة طلبت منفذة البرنامج من الأطفال أن يتحدثوا عن الأنشطة المحببة إليهم التي قاموا بها خلال الأسبوع (المناسبات والخبرات المدرسية أو الرحلات العائلية السعيدة والمسلية) ، وقدمت منفذة البرنامج نموذجاً للأطفال عن موقف ممتع حدث لها وهي تصفه

بالتعبيرات المختلفة (الوجه ، الأفكار ، الجسم) ، ثم شجعت الأطفال على المشاركة وهي تلاحظ التشابه بين خبرات الأطفال في محاولة لإقامة علاقات وتفاعلات بين الأطفال ومع المجموعة لمساعدتهم كي يشعروا بالتشابه والتباين في الأحداث (بين بعضهم البعض) التي حدثت لهم ، موضحة لهم أن هذه تعتبر بداية للتعبير عن خبراتنا وخبرات الآخرين بصراحة ، ومؤكدة أنه يجب علينا احترام خبرات ووجهات نظر الآخرين المختلفة ، والاهتمام بما نرى ونفكر ونشعر في المواقف المختلفة ، وكيف أن الأشياء يمكن رؤيتها بشكل مختلف في بعض الأوقات موضحة ذلك بأمثلة محددة (مثلاً الطعام الذي يحبه شخص قد يسبب ألماً في معدة شخص آخر) .

قدمت منفذة البرنامج فكرة عامة موجزة عن البرنامج وأهدافه والتي تتضمن التعرف على مشاعر القلق ، والخوف والتوتر والأفكار المتعلقة بها ، ومن ثم التدريب على استخدام استراتيجيات التعايش الملائمة للتغلب على القلق . كما أوضحت لهم سبب اختيارهم ضمن هذه المجموعة وأهميته للأطفال الذين انتظموا فيه ، ومدى فائدته بالنسبة لهم في حياتهم الخاصة النفسية مؤكدة على أن دور الأطفال تتضمن التعبير عن المشاعر والانفعالات والصراعات وطريقة التحكم في تلك المشاعر بطريقة علمية سليمة .

ناقشت منفذة البرنامج مع الأطفال قواعد الانضمام في البرنامج وأن حضور الجلسات ليس إجباريا ، وبوسع أي طفلة منهم ترك المجموعة إذا شعرت بعدم الاستفادة من البرنامج الإرشادي

لمقدم بعدها تم الاتفاق على الخطوط الرئيسية للجلسات وما يجب أن تتضمنه من :

١. تحديد موعد الجلسات وضرورة الالتزام بالحضور في الموعد المتفق عليه .
٢. الالتزام بالتعليمات داخل الجلسات وخارجها .
٣. ضرورة المشاركة الفعالة أثناء الجلسات .
٤. تقديم الواجبات المنزلية في المواعيد المحددة لها .
٥. شروط الحصول على المكافآت والهدايا (المادية /الاجتماعية) أثنـــاء الجلسات .

ثم قامت منفذة البرنامج بتوزيع أوراق العمل أثناء الجلسات (لتقديم وممارسة بعض الأنشطة داخل الجلسة) وكراسات الواجبات المنزلية (لتقديم الأنشطة التي تحدث خارج الجلسة للأطفال والتي تسمى مهام منزلية وشعارها يتحدد في عبارة " أنا أستطيع فعل هذا " يقوم الأطفال بكتابتها بعد الانتهاء من كل جلسة ويتم إحضارها في الجلسة التالية لمنفذة البرنامج لمناقشتها وتصحيحها) ، وجدول مواعيد ومكان الجلسات ، وقدمت منفذة البرنامج ملفاً خاصاً بكل طفلة على حده لحفظ أوراق البرنامج الخاصة بها فيه . وشجعت منفذة البرنامج الأطفال على طرح تساؤلاتهم واستفساراتهم عن البرنامج مؤكدة لهم على أهمية الأسئلة والمعلومات التي يطرحونها للتوصل إلى إجابات عن تلك التساؤلات .

بعد ذلك قامت منفذة البرنامج والأطفال في إعداد (بأسماء أعضاء المجموعة) وهي قائمة خاصة بكل طفلة تحتوي على بعض المعلومات والبيانات الشخصية عن أعضاء المجموعة (تاريخ الميلاد وتاريخ دخول المدرسة ، ورقم الهاتف) . على أساس أن يتعرف الأطفال أكثر على بعضهم البعض .

قدمت منفذة البرنامج نموذجا لموقف سعيد حدث لها معبرة عن مشاعرها وأفكارها في هذا الموقف باستخدام التعبير اللفظي والحركي، ثم طلبت منفذة البرنامج من الأطفال كتابة موقف يعبر عن خبرة سعيدة حدثت لهم في كراسة الواجبات المنزلية ، وتوضيح مشاعرهم وأفكارهم في هذا الموقف وإحضاره في الجلسة القادمة ، وفي نهاية الجلسة قدمت منفذة البرنامج مكافآت للأطفال لمشاركتهم الفعالة معها .

الواجب المنزلي :

- كتابة موقف سعيد مع توضيح المشاعر والأفكار في هذا الموقف .

الجلسة الثالثة

موضوع الجلسة :

المشاعر والانفعالات في مواقف الحياة اليومية .

أهداف الجلسة :

١. التعرف على المشاعر والانفعالات تجاه مواقف الحياة اليومية .

٢. وصف الأطفال للمشاعر والانفعالات التي يشعرون بها تجاه خبرات ومواقف الحياة .
٣. التعرف على التغيرات الفسيولوجية والنفسية المصاحبة لمشاعرهم وانفعالاتهم في المواقف المختلفة .
٤. تشجيع الأطفال على استخدام الإشارات والتعبيرات الجسمية والتغيرات الفسيولوجية في معرفة المشاعر والانفعالات المختلفة لديهم ولدى الآخرين .

الفنيات المستخدمة :

فنية النمذجة ولعب الدور والواجبات المنزلية .

مدة الجلسة :

استغرقت الجلسة خمسين دقيقة .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

بدأت منفذة البرنامج بمراجعة أسماء الأطفال لتأكيد التعارف بين الأطفال ومنفذة البرنامج ، حيث يسأل الأطفال عن بعضهم البعض أسئلة خاصة بالبيانات الشخصية (كاسم الأم والإخوة والهوايات المحببة الخ) ، ثم ناقشت معهم موقفاً سعيداً حدث بالأمس والتركيز فيه على مشاعرهم وأفكارهم وسلوكهم في هذا الموقف ، وذلك لاستمرار التفاعل والتآلف بين منفذة البرنامج والأطفال .

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي مع الأطفال بشكل جماعي ، حيث تحدثت كل طفلة عن الموقف السعيد الذي قامت

بكتابته في كراسة الواجبات المنزلية موضحة مشاعرها وأفكارها في هذا الموقف من خلال تقديم نموذج لذلك ، وبعد الانتهاء من مراجعة المهمات المنزلية تم مكافأة الأطفال بملصقات .

قدمت منفذة البرنامج مفهوم المشاعر والانفعالات المختلفة التي يشعر بها الناس (الكبار/الأطفال) وكيف نتعرف على هذه المشاعر لدينا ولدى الآخرين ، وذلك من خلال ما تقوم به أجسامنا (تعبيرات الوجه وحركات الجسم) كاستجابات مختلفة لهذه المشاعر والانفعالات المختلفة وكيفية الربط بينها وبين المشاعر التي نشعر بها نحن .

أعدت منفذة البرنامج والأطفال قائمة للمشاعر والانفعالات المختلفة التي فكروا فيها (الفرح – الغضب – الحزن – الخوف – الضيق – السعادة) مرفقة بصور لأشخاص من مجلات وكتب ظهرت عليهم تعبيرات جسمية مختلفة وطلب من الأطفال وصفها وتسميتها .

قدمت منفذة البرنامج للأطفال فنية لعب الدور من خلال تمثيل المشاعر والانفعالات المختلفة واختيار أحد المشاعر من القائمة التي تم إعدادها وتقديمها أمام المجموعة التي عليها تسمية هذا الشعور من خلال التعبيرات الجسمية التي تمثلها الطفلة ، ثم طلبت من كل طفلة تقديم أحد المشاعر والانفعالات الموجودة بالقائمة بعد أن قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لذلك ، وأعطى الأطفال حرية التمثيل لمواقف تظهر مشاعر مختلفة تخدم هدف الجلسة .

ثم قدمت منفذة البرنامج أوراق العمل الخاصة بهذه الجلسة وهي عبارة عن مواقف مختلفة ، على الأطفال قراءة كل موقف وتحديد المشاعر والانفعالات المصاحبة لهذا الموقف ، ثم مناقشتهم في ذلك ومكافأتهم بعد الانتهاء من ذلك .

قامت منفذة البرنامج والأطفال بإعداد قاموس للمشاعر وهو عبارة عن صور من مجلات لأشخاص (كبار/صغار) تبدو عليهم مشاعر وانفعالات مختلفة ، قام الأطفال بلصقها على أوراق ملونة وتحديد المشاعر والانفعالات المصاحبة لهذه الصورة (وقد أعطي الأطفال حرية اختيار المشاعر والانفعالات التي يريدون وضعها في القائمة بشرط التنوع) . وقد تم مناقشتهم في كيفية معرفة المشاعر الموجودة في هذه القوائم . وفي نهاية الجلسة تم مكافأة الأطفال وتحديد الواجب المنزلي بكتابة مواقف حدثت لهم تعبر عن مشاعر وانفعالات وأفكار مختلفة .

الواجب المنزلي :

كتابة موقفين يعبران عن مشاعر وانفعالات مختلفة والأفكار المرتبطة بها .

الجلسة الرابعة :

موضوع الجلسة :

الإشارات الجسمية للمشاعر والانفعالات المختلفة .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة أنواع المشاعر المختلفة التي يشعر بها الناس .
٢. التعرف على الإشارات الجسمية للمشاعر المختلفة .

الفنيات المستخدمة :

فنية النمذجة ولعب الدور والواجبات المنزلية .

مدة الجلسة :

استغرقت الجلسة خمسين دقيقة .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

في بداية الجلسة قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي مع الأطفال بطريقة جماعية ومكافأتهم ، ثم قدمت لهم لعبة (بدون كلام) وذلك لمراجعة مفهوم المشاعر والانفعالات ، وهي عبارة عن أداء صامت لبعض الانفعالات وعلى المجموعة ذكر هذا الموقف من خلال الحركات والتعبيرات التي تظهر على الشخص القائم بالأداء، حيث قدمت منفذة البرنامج في البداية نماذج لمواقف تعبر عن مشاعر مختلفة وطلبت من الأطفال التعرف على هذه المشاعر والانفعالات ، وبعدها قام الأطفال بالترتيب بلعب الدور لتلك المشاعر والانفعالات بالتبادل وكانت منفذة البرنامج تقوم بتعزيز سلوكهم .

طرحت منفذة البرنامج على الأطفال مجموعة من الأسئلة تناولت كيفية التعرف على المشاعر والانفعالات المختلفة التي نشعر بها (كالضيق والحزن والسعادة والخوف) ، وكانت تشجع الأطفال على

التعبير عن مشاعرهم في المواقف المختلفة باستخدام لعب الدور مع التركيز على الإشارات الجسمية التي تظهر عليهم والتي يشعرون بها، موضحة لهم انه يمكننا معرفة مشاعرنا (عن طريق التعبيرات التي تظهر على الوجه كالابتسامة والضحك ، وما ينتاب الجسم من الشعور بالصداع ، وألم البطن ، أو الرجفة ، أو الاسترخاء) ومشاعر الآخرين بالنظر إلى التعبيرات التي تظهر على الوجه كالابتسامة والضحك ، وحركات الجسم كالحركات العصبية . ثم قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لمشاعر مختلفة تظهر تعبيرات جسمية مختلفة وعلى الأطفال التعرف عليها وقام الأطفال بأداء نماذج مماثلة .

قدمت منفذة البرنامج ورقة العمل الخاصة بهذه الجلسة والتي تضمنت تطبيق ما تم تقديمه في هذه الجلسة (وهي عبارة عن ورقة عمل بها عدة وجوه كل منها يوضح شعور وانفعال معين على الأطفال كتابة الكلمة المناسبة التي تصف هذه الانفعالات) . وتمت مناقشتهم في ذلك بعد الانتهاء منها .

قامت منفذة البرنامج والأطفال بعمل مقاييس المشاعر والانفعالات الخاصة بكل طفلة وهو عبارة عن قص ولصق مجموعة من الوجوه التي تعبر عن مشاعر وانفعالات مختلفة يتم تنظيمها حسب اختيار كل طفلة على حدة ، على أن تثبت لها مؤشراً يشبه عقرب الساعة تعلقه بالغرفة الخاصة بها ويتم تغيير المؤشر حسب الشعور الذي تشعر به في المواقف المختلفة . تم مكافأة الأطفال على مشاركتهم وتحديد الواجب المنزلي في نهاية الجلسة .

الواجب المنزلي :

كتابة موقفين يعبران عن مشاعر وانفعالات مختلفة موضحة الإشارات الجسمية والأفكار فيها .

الجلسة الخامسة :

موضوع الجلسة :

مشاعر الخوف والقلق .

أهداف الجلسة :

١. التعرف على مشاعر الخوف والقلق وأنواعها وأسبابها .
٢. التعرف على الفروق بين الخوف والقلق .
٣. التعرف على الآثار النفسية والفسيولوجية المصاحبة للخوف والقلق .

الفنيات المستخدمة :

النمذجة ، لعب الدور ، والإفصاح الذاتي ، والتعزيز والواجبات المنزلية .

زمن الجلسة :

خمس وأربعون دقيقة .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

في بداية الجلسة تم مراجعة الواجب المنزلي بطريقة جماعية / فرعية حسب رغبة كل طفلة في أن تقدم مواقفها أمام المجموعة فردياً إذا رغبت في ذلك ، ثم مراجعة مفهوم المشاعر والانفعالات المختلفة وكيفية التعرف عليها مع الأطفال .

في سبيل تقديم موضوع هذه الجلسة قامت منفذة البرنامج بمناقشة الأطفال في أهداف البرنامج والتي ركزت في جزء منه على محاولة مساعدتهم للتغلب على مشاعر الخوف والقلق ، وذلك من خلال تعلم بعض الاستراتيجيات والمهارات المعرفية والسلوكية التي يتضمنها البرنامج .

أوضحت منفذة البرنامج للأطفال أن الإنسان تنتابه مشاعر وانفعالات مختلفة تتأرجح ما بين المشاعر والانفعالات الإيجابية والسلبية مثل الخوف والقلق ، وهي استعداد فطري زود به الله سبحانه وتعالى الإنسان ليحمي نفسه ويأخذ حذره من مخاطر الحياة فالخوف حالة انفعالية طبيعية تشعر بها الكائنات الحية في بعض المواقف فيظهر في أشكال متعددة وبدرجات تتراوح ما بين الحذر والهلع والرعب ، وكلما كانت درجة الخوف معقولة كان الإنسان سويا يتمتع بالصحة النفسية ، فالخوف العادي يستثار عندما يكون موضوع أو موقف خارجي يهدد كيان الإنسان مثلا عندما يشاهد الإنسان أسداً في الشارع ، فالخوف في هذه الحالة هو انفعال طبيعي جدا كما أنه يتيح الفرصة أمام الفرد لمواجهة هذا الموقف ، وبذلك يمكنه أن يحفظ حياته

فالخوف العادي يحفظ الإنسان ويدفعه للتقدم ، على أن لا تكون درجة الخوف كبيرة تعرقل حركة الإنسان عن العمل وهذا ما يمكن أن نطلق عليه الخوف المرضي .

أما القلق فهو شعور مبهم غامض غير سار بتوقع الخطر مصحوب عادة ببعض الإشارات الجسمية مثل الشعور بالصداع وضيق التنفس أو ألم البطن ...الخ كما أنه شعور بالحزن والضيق وعدم الارتياح عن مشكلات غير متوقعة ، فالإنسان القلق كثيرا ما يشعر بالخوف والرعب تجاه المواقف اليومية العادية التي لا تسبب القلق للآخرين .

أن هناك نوعين من القلق أحدهما هو القلق العادي الموضوعي وهذا النوع اقرب إلى الخوف وذلك لان مصدره يكون واضح المعالم في الذهن وينتج عن أسباب خارجية واقعية معقولة ومن أمثلته شعور الإنسان بالقلق (الخوف) إذا اقتربت منه سيارة مسرعة أثناء سيره في الشارع . أما الثاني فهو القلق المرضي وهو قلق داخلي غامض مبهم غير محدد المعالم لا يحدد فيه الإنسان أسبابه ويلازم الإنسان لفترة طويلة من حياته كشعوره الدائم بحدوث مصيبة عندما يخرج من البيت.

ثم أوضحت منفذة البرنامج أن للقلق أسبابا عديدة فمن الناس من لا يعرف أن ما يشعر به من عدم الراحة والارتياح والضيق هو نتيجة لقلقهم ، فالقلق يصيب الكبار والصغار الرجال والنساء والخوف من الفشل وتوقع الفرد لمكروه وغيرها من المشاعر السلبية المسببة

للقلق . ويختلف الخوف عن القلق فالخوف يكون محدد المصدر ، أما القلق فسببه مجهول وكذلك الخوف يكون التهديد فيه خارجياً ومحدداً أما في القلق فالتهديد داخلي غامض وقد قدمت منفذة البرنامج أمثلة لذلك .

وأخيرا أوضحت منفذة البرنامج الآثار النفسية التي يسببها القلق على حالة الفرد النفسية فيكون شعوره بالحزن والضيق طوال الوقت وتوقع المصائب والمشكلات والخوف من اتخاذ القرارات خوفا من الوقوع في الخطأ والحساسية الزائدة والاعتماد على الآخرين والتأثر بسرعة وبسهولة من المواقف ويبدو تفكيره مشوشا تنتابه كثيرا من المخاوف المرضية ، أما الآثار الجسمية فتتضمن الشكوى من واحد أو أكثر من هذه الاضطرابات كالشعور بسرعة ضربات القلب ، والصداع والشد العضلي والشعور بالتعب وغيرها .

قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لمشاعر مختلفة (الفرح/القلق) حيث أوضحت المشاعر في الموقفين عن طريق التعبير اللفظي وبالتعبيرات الجسمية ، وطلبت من الأطفال ملاحظة الفرق بين الموقفين ، وقدم الأطفال بعد ذلك نماذج لمواقف فرح وقلق وخوف حدثت لهم كما فعلت منفذة البرنامج وتم تشجيع المجموعة على الحوار والمناقشة ، وبعدها قدمت كراسة العمل أثناء الجلسة لأداء الأنشطة الخاصة بالجلسة .

في نهاية الجلسة تم تلخيص ما تم تعلمه في الجلسة ومكافأة الأطفال بعد تحديد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

كتابة موقفي قلق موضحا بالإشارات الجسمية والأفكار .

الجلسة السادسة :

موضوع الجلسة :

مشاعر وانفعالات الخوف والقلق لدى الأطفال والاستجابات الجسمية لها .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة مفهوم المشاعر المختلفة والآثار النفسية والجسمية المصاحبة لها .
٢. تشجيع التعبير عن مشاعر الخوف والقلق لديهم واستجاباتهم النفسية والجسمية لها .

الفنيات المستخدمة :

النمذجة ، لعب الدور ، الإفصاح الذاتي ، والتعزيز ، الواجبات المنزلية .

زمن الجلسة :

خمس وأربعون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي فرديا مع كل طفلة على حده ، في حين قام أعضاء المجموعة الآخرين بإكمال ورقة عمل المشاعر (وهي التوصيل بين قائمة المشاعر المختلفة وقائمة الإشارات الجسمية المعبرة عنها) . وبعد الانتهاء من المراجعة قامت منفذة البرنامج بمناقشة الأطفال في المواقف التي أثارت القلق لديهم والإشارات الجسمية والنفسية لهم ، وأفكارهم في تلك المواقف وعن الصعوبات التي واجهتهم في وصف مشاعر الخوف والقلق ومناقشة ورقة العمل . قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف سبب لها الخوف والقلق موضحة بالتعبيرات الجسمية والأفكار في ذلك الموقف ، ثم طلبت من الأطفال من ترغب أن تتخيل نفسها في هذا الموقف (لعب دور منفذة البرنامج) أو المواقف الخاصة بها وتقدم نموذج للمجموعة موضحة أفكارها وإشاراتها الجسمية ، ثم شجعت الأطفال على التعبير عن أنفسهم وخبراتهم وتم مكافأتهم .

أوضحت منفذة البرنامج للأطفال فكرة أن المواقف المسببة للخوف والقلق لدينا ليست كلها بنفس الدرجة أو على مستوى واحد من الشدة ، فهناك مواقف تسبب مستويات مرتفعة/متوسطة/أو منخفضة ، ثم قامت مع الأطفال بإعداد مقياس درجة المشاعر والانفعالات (وهو عبارة عن صور لمشاعر مختلفة تختار الطفلة أربعاً منها تقصها وتلصقها على ورقة ملونة وتضع أمامها أرقام ١/٢/٣/٤ ، أو كلمات توضع أمامها – مرتفعة/ متوسطة/ منخفضة – تعبر عن درجة

المشاعر) بعد أن قدمت منفذة البرنامج نماذج أعدتها خصيصا لهذا الغرض للأطفال .

قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف موضحة أفكارها وإشاراتها الجسمية التي حدثت لها في الموقف ثم استخدمت مقياس المشاعر لتحديد نوع شعورها ثم مقياس درجة المشاعر لقياس شعورها في هذا الموقف (موقف قلق منخفض) ثم قدمت نماذج لمواقف قلق مرتفعة ومتوسطة بنفس الطريقة السابقة . بعدها قدم الأطفال نماذج لمواقف قلق لديهم وعبروا عنها كما فعلت منفذة البرنامج وكانت منفذة البرنامج تلاحظهم وتوجههم . وفي نهاية الجلسة تم تلخيص ما جاء بها ومكافأة الأطفال على المشاركة وتحديد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

كتابة مواقف مشاعر مختلفة وذات مستويات مختلفة من الشدة باستخدام مقياسي المشاعر ودرجة المشاعر .

الجلسة السابعة :

موضوع الجلسة :

التدريب على الاسترخاء

أهداف الجلسة :

١. مراجعة مفهوم المشاعر المختلفة خاصة الخوف والقلق وإشاراتها الجسمية .

٢. إنشاء مدرج للمواقف التي تثير القلق للمجموعة ككـل ، ولكـل عضو على حده .
٣. تقديم التدريب على الاسترخاء والدور الذي يلعبـه فـي خفـض التوتر المرتبط بالقلق

الفنيات المستخدمة :

النمذجة ولعب الدور والتعزيز والاسترخاء والواجبات المنزلية

مدة الجلسة :

خمس وأربعون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي الخاص بكل طفلة على حده مركزة على الإشارات الجسمية التي شعرت بها الطفلة في المواقف المكتوبة ، ثم طلبت من الطفلة تقديم نموذج لموقف واحد من المواقف المسجلة ، في حين قام أعضاء المجموعة بإعداد قائمة للمواقف المسببة للخوف والقلق لديهم .

طلبت منفذة البرنامج من أحد الأطفال ممن ترغب في تقديم نموذج أمام المجموعة لأحد المواقف المسببة للخوف والقلق لديها موضحة مشاعرها وإشاراتها الجسمية وأفكارها في الموقف . وشجعت منفذة البرنامج أطفال المجموعة على تقديم النماذج .

ناقشت منفذة البرنامج مع الأطفال فكرة أن كل الناس لديهم ما يخيفهم ويقلقون منه الكبار والصغار ، كما أنهم يتشابهون في أشياء ويختلفون في أشياء أخرى حتى في مخاوفهم وقلقهم ، فما يخاف منه شخص قد لا يخاف منه شخص آخر ، وتمت مناقشة مخاوف الأطفال المختلفة من خلال القوائم التي قاموا بإعدادها عن قلقهم ومخاوفهم والتي تم من خلالها توضيح أن الخوف والقلق خبرة عادية لان كل منا يخاف من أشياء محددة المصدر ، فالقلق البسيط ليس طبيعياً فقط لكنه مفيد في أداء الأعمال ، أما القلق الزائد فهو يعيق الإنسان عن أداء العمل ، ثم أوضحت منفذة البرنامج للأطفال أن هذا البرنامج يساعدنا على التعرف على هذه المشاعر والانفعالات والتعايش معها بشكل أفضل من خلال ما سوف نتعلمه ونتدرب عليه .

شجعت الأطفال على طرح الأسئلة والمناقشة وتم تنظيم المخاوف المشتركة بينهم في قائمة خاصة لذلك ، وكذلك المخاوف الخاصة بكل طفلة .

أوضحت منفذة البرنامج أن الناس تستجيب لمشاعر وانفعالات الخوف والقلق بتعبيرات وإشارات جسمية مختلفة ، فالإنسان مثلا عندما يكون قلقا يشعر أن بعض عضلات جسمه مشدودة وتؤلمه ، وكثيرا ما يشكو في حالة الخوف والقلق من الصداع وسرعة ضربات القلب وآلام في جسمه ، وأن التدريب على الاسترخاء هو من أحد الخطوات الهامة والأولى في التغلب على القلق والخوف .

قدمت منفذة البرنامج فكرة التدريب على الاسترخاء للأطفال بأن تتخيل كل طفلة نفسها في موقف قلق وخوف مركزة على ما تشعر به من إشارات جسمية تحدث لها خاصة عضلات الجسم ، ثم تتخيل نفسها في موقف فرح ، وتلاحظ الفرق بين موقف القلق الذي تكون فيه بعض عضلات الجسم مشدودة ، فهي من الإشارات الجسمية المرتبطة مع الشعور بالقلق وموقف السعادة الذي يكون به الجسم مسترخياً .

ولتوضيح مفهوم الشد والاسترخاء قامت منفذة البرنامج بتقديم نموذج للشد والاسترخاء باستخدام تمرين الإنسان الآلي والدمية المتحركة ، وهو عبارة عن تقليد مشية الإنسان الآلي الذي يمشي ويكون الجسم مشدودا ، ثم مشية الإنسان في حالة الاسترخاء . بعد ذلك قام الأطفال بأداء هذا التمرين وتشجيعهم على ملاحظة ومناقشة الفرق بين مشية الإنسان الآلي والدمية ، ثم القيام بأداء ورقة العمل الخاصة بالجلسة والتي تم مناقشتها معهم .

قامت منفذة البرنامج بتقديم إجراءات التدريب على الاسترخاء على أساس أن هذا التدريب يساعدنا على التمييز بين الشد والاسترخاء في عضلاتنا ، ويعلمنا كيف نسترخي ، حيث أننا سوف نعمل من خلال مجموعة العضلات المختلفة نشدها أولا ثم نرخيها ثانيا ، وحتى نشعر بالهدوء قبل القيام بالاسترخاء علينا الآن القيام بهذه الخطوات :

١. اختيار مكان مناسب مريح قد يكون غرفة النوم أو غرفة المكتب.
٢. التخلص من الأشياء المسببة لأي ضوضاء في المكان المستخدم ومراعاة الضوء الخافت .

٣. لبس ملابس مريحة فضفاضة والتخلص من الملابس الضيقة وخلع الحذاء .
٤. خلع العدسات اللاصقة من على العين أو النظارة الطبية أن وجدت .
٥. الجلوس أو النوم على كرسي مائل مريح أو على الأرض عند الرغبة لعدة دقائق .
٦. غلق العينين والبدء في الاسترخاء والتنفس (شهيق/ زفير) ببطء وعمق وتخيل أننا أصبحنا نطير في الهواء ونتخيل شيئاً جميلاً البحر مثلا ونحن مستمرون في التنفس شهيق وزفير ببطء وعمق قائلين لأنفسنا سوف نسترخي لعدة دقائق ، ونحن نستمع للتعليمات التي تشد وترخي مجموعة من عضلاتنا والآن نبدأ :

بعد أن تم إطفاء الأنوار علينا أخذ وضع مريح في الغرفة وإغلاق أعيننا وأخذ نفس عميق (شهيق / زفير) وعلينا أن نركز على ما نشعر به أجسامنا ، سوف نقدم اليوم التدريب على استرخاء اليد والذراع والكتف :

أولاً : اليد :

نكون قبضة من اليد اليمنى ونضغط عليها بقوة وهنا يجب أن لا تكون أظافرنا طويلة حتى لا نؤذي أنفسنا ونعد من ١الى ١٠ ممتاز ، الآن نرخي يدنا بسرعة ونحن نعد أيضا من ١الى ١٠ ونلاحظ النتائج الجسمية لهذا التمرين بين العضلة المشدودة والمسترخية (الدفء والتنميل والاسترخاء) نكرر هذا التمرين مع اليد اليسرى معا بنفس الطريقة . وعلينا أن نتذكر دائما أن الشعور

بالشد والاسترخاء لا يحدث في نفس الوقت في نفس العضلة ونحن نستخدم هذا التمرين حتى نقلل من الأعراض الجسمية التي نشعر بها عند الشعور بالضيق والخوف والتوتر .

ثانياً : الذراع :

علينا ثني معصم اليد إلى الخلف بشدة ووضعه على مسند الكرسي ونحن نعد من (١ إلى١٠) ، ثم إرخاؤه والعد أيضا من (١ إلى ١٠) ، ونلاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء التي تحدث له ، ثم نثني الذراع من المرفق ونتركه يسقط بشكل حر مع الاسترخاء ، ويكرر هذا التمرين مرة بيد واحدة ثم باستخدام اليدين.

ثالثاً : الأكتاف :

نفكر في العضلات الموجودة في أكتافنا وأذرعنا ورقبتنا ، ثم نقوم برفعها تدريجيا نحو آذاننا ونسحبها تجاه عمودنا الفقري ونشد عضلات رقبتنا بوضع رأسنا قليلا إلى الخلف ونستمر هكذا نرفع أكتافنا وأذرعنا ونشدها بقوة تجاه رأسنا ورقبتنا ونحن نعد من (١ إلى١٠) ونحن نلاحظ ما نشعر به من الشد والألم في أكتافنا وأذرعنا ورقبتنا ، ثم نرخي وندع أكتافنا وأذرعنا ورقبتنا ، ونحن نعد من (١ إلى١٠) ونلاحظ كيف أصبحت أكتافنا وأذرعنا ورقبتنا أكثر استرخاء نكرر هذا التمرين .

في نهاية الجلسة طلبت منفذة البرنامج من الأطفال كتابة أو تسجيل على أشرطة كاسيت مواقف مثيرة للخوف والقلق لديهم بعد أن أحضرت لهم أشرطة كاسيت ، للقيام بتمرينات الاسترخاء .

الواجب المنزلي :

كتابة أو تسجيل مواقف مثيرة للخوف والقلق والقيام بتمرينات التدريب على الاسترخاء .

الجلسة الثامنة :

موضوع الجلسة :

الحوار الذاتي ودوره في المواقف المثيرة للقلق .

أهداف الجلسة :

١. التدريب على الاسترخاء (الرأس والرقبة) .
٢. تقديم مفهوم الحوار الذاتي للناس في المواقف المختلفة وتأثيره على سلوكهم .
٣. تشجيع الأطفال على البدء في الإفصاح الذاتي لهم في المواقف المختلفة .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور والنمذجة والتعزيز والإفصاح الذاتي والاسترخاء .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة أثناء الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمناقشة الواجب المنزلي مع كل طفلة مركزة على استجاباتها الجسمية وأفكارها في المواقف ثم خبرتها في تمرين الاسترخاء ، في حين كان أعضاء المجموعة يقومون بعمل ورقة الشعور بالخوف وتم مكافأة الأطفال بعد الانتهاء من المراجعة .

قدمت منفذة البرنامج مفهوم الحوار الذاتي للأطفال قائلة بأننا عندما يحدث لنا موقف فأننا نحدث أنفسنا أو نجري حواراً أو حديثاً بيننا وبين أنفسنا عن الموقف الذي حدث أو الذي سوف يحدث (ماذا وكيف سيحدث) وتظهر علينا مشاعر بسبب حديثنا هذا الذي يتضمن تفكيرنا وهذا ما نسميه (الكلام الذي أقوله في قلبي ولا يسمعني فيه أحد إلا الله) ، وان هذا الحديث هو الذي يؤثر في سلوكنا أو تصرفنا مع أنفسنا أو مع الآخرين ، ثم قدمت منفذة البرنامج نماذج لمواقف مشاعر إيجابية وسلبية والحوار الذاتي الذي كان بها .

قدمت أوراق عمل خاصة بهذه الجلسة وهي عبارة عن رسوم كرتونية لمواقف بسيطة تظهر مشاعر مختلفة وعلى الأطفال كتابة الحوار الذي قد يكون في هذه المواقف ، ثم أوراق عمل فردية لمواقف بسيطة عليهم كتابة الأفكار التي يفكرون بها عندما تحدث لهم هذه المواقف . وناقشت معهم ما تم كتابته في أوراق العمل قائلة بان الحديث مع النفس هو أمر هام وفعال للتخلص من مشاعر الخوف والقلق حيث انه يحول الشعور بالعجز إلى الشعور بالثقة والاستقلالية والشجاعة ، وقدمت نموذجاً لموقف قلق حدث لها وكيف شعرت في

الموقف وإشاراتها الجسمية وأفكارها فيه (ماذا سيحدث ؟ هل حدث لي هذا من قبل ؟) وشعورها بعد ذلك وهي تشجع الأطفال على المناقشة وطرح الأسئلة .

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال بالترتيب تقديم نماذج لمواقف حدثت لهم ويمكنهم لختيار أحد المواقف المسجلة في الكراسة الخاصة بهم ، وذلك بنفس الطريقة التي قدمت منفذة البرنامج بها موقفها . بعد ذلك قدمت منفذة البرنامج التدريب علي استرخاء الرأس والرقبة ، حيث طلبت في البداية من الأطفال الذين يلبسون النظارات الطبية والعدسات اللاصقة خلعها قبل البدء في التدريب .

تدريب استرخاء الرأس والرقبة :

الآن سوف ندفع بعضلات وجهنا كلها تجاه انفنا لتصبح مشدودة ونشد كذلك عضلات انفنا (يعني نكشر بوجهنا ونجعد انفنا بقوة قدر ما نستطيع) ونضع أسناننا على بعض بقوة بمساعدة عضلات رقبتنا ونحن نعد من ١الى ١٠ ,ونفكر ونلاحظ ما نشعر به من شد وألم في وجهنا وانفنا وجبيننا وفمنا وفكنا كذلك ، ثم نرخي كل عضلات وجهنا وفكنا ونعد من ١الى ١٠ ونلاحظ أيضا ما نشعر به من الراحة والاسترخاء نشعر بان الألم والشد اخذ يبعد ويترك يدنا وذراعنا وأكتافنا ورقبتنا ووجهنا وانفنا وفكنا وأنها أصبحت مسترخية ومرتاحة ، علينا أن نلاحظ إذا كان لدينا أي مشكلات في أسناننا لا تساعدنا أن نقوم بهذا التمرين بشكل جيد لكننا نحاول قدر ما نستطيع .

في نهاية الجلسة تم مكافأة الأطفال على المشاركة ، وحدد الواجب المنزلي بكتابة موقفين قلق وممارسة تمارين التدريب على الاسترخاء التي تم تعلمها .

الواجب المنزلي :

كتابة موقفي قلق وممارسة تمارين التدريب على الاسترخاء .

الجلسة التاسعة :

موضوع الجلسة :

تعديل الحديث الذاتي السلبي إلى حديث ذاتي إيجابي .

أهداف الجلسة :

١. تقديم التدريب على استرخاء الصدر ، والبطن ، والظهر .
٢. تشجيع الأطفال على تعديل الحديث الذاتي السلبي إلى حديث ذاتي إيجابي .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، الإفصاح الذاتي ، والاسترخاء ، والتعزيز ، والواجبات المنزلية .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي بشكل فردي مع كل طفلة على حده مركزة على تميز الطفلة للمشاعر والأفكار والإشارات الجسمية في المواقف المسجلة بالكراسة ، وفي هذه الأثناء كان أعضاء المجموعة يقومون بعمل ورقة استدعاء الأفكار وهي عبارة عن ورقة بها مواقف تقرا وتكتب الأفكار التي قد يفكر بها الأشخاص في هذه المواقف وتم مناقشتهم ومكافأتهم .

قامت منفذة البرنامج بأداء تمارين الاسترخاء الخاصة بالصدر والبطن والظهر قائلة الآن سوف نقوم بدفع عضلات البطن إلى الداخل تجاه الظهر ونجعل عضلات معدتنا وصدرنا مشدودة بإحكام جامدة لا تتحرك كأننا نسحب معدتنا إلى الداخل ونحاول أن ندخلها أو حتى عظام الظهر ، ومرة أخرى نقبض معدتنا ونجعلها تمسك عظم ظهرنا ونجعلها صغيرة وجامدة قدر ما نستطيع نشدها بقوة ونتخيل أننا نتوقع لكمة في .معدتنا ونعد أنفسنا لها ، نأخذ نفساً عميقاً إلى الداخل ونسحب معدتنا ، قد تساعدنا في ذلك عضلات أرجلنا وأصابعنا وأقدامنا بدفعها بقوة على الأرض ، ونشعر أن عضلات معدتنا وصدرنا أصبحت مشدودة وتؤلمنا ونعد من ١الى ١٠ ونفكر بما نشعر به ، ثم نرخي عضلاتنا ونطلقها كلها ونلاحظ كيف أنها أصبحت دافئة وطليقة ونأخذ زفير ونشعر أن عضلات معدتنا مسترخية وأن الشد يبعد عن صدرنا ونتنفس بهدوء وعمق (شهيق/زفير) كل هذا ونحن نعد من ١الى ١٠ ونكرر هذا التمرين ونحن نركز على ملاحظة الفرق بين الشد والاسترخاء في عضلاتنا .

الآن نشد عضلات أسفل الظهر(المؤخرة) بضم وضغط أردافنا ونقوس ظهرنا تدريجيا وندع عمودنا الفقري يساعدنا في ذلك نشعر بالشد والألم ونعد من ١الى ١٠ ، الآن ندع الشد يذهب عنا ونرخي عضلاتنا ونشعر بالاسترخاء فيها أعمق وأعمق ونرخي أكثر وأكثر قدر ما نستطيع بحيث نشعر بالثقل تدريجيا في نهاية ظهرنا وأرجلنا وأقدامنا وأن الشد يذهب عنهم تدريجيا ونحن نعد من ١الى ١٠ .

ناقشت منفذة البرنامج مع الأطفال مفهوم الحوار الذاتي الذي قدمته في الجلسة السابقة وقدمت نموذج لموقف خوف حدث لها والحوار الذاتي الذي دار في نفسها في هذا الموقف وإشاراتها الجسمية وأفكارها في الموقف ، ثم قدمت نموذج آخر لموقف سعيد حدث لها أيضا موضحة مشاعرها وإشاراتها الجسمية وأفكارها (الحوار الذاتي) في هذا الموقف ، وطلبت من الأطفال ملاحظة الفرق بين الموقفين الأول والثاني من حيث الإشارات الجسمية والأفكار(الحوار الذاتي) .

أوضحت منفذة البرنامج للأطفال أن هناك أفكاراً سيئةً (حواراً ذاتياً) سيئاً وهي الأفكار السيئة السلبية التي نفكر بها في الموقف وتجعلنا نشعر بالتوتر والخوف والقلق أكثر مثلا كأن أقول بأن شيئا ما سيئا سوف يحدث ، وأن هناك خطراً قادماً هذا يسمى الحديث الذاتي السلبي وتوقع الأشياء السيئة لأنه جعلنا نخاف ونتضايق أكثر ، وقدمت منفذة البرنامج نموذج لموقف قلق قائلة عندما يكون لدي امتحان فأقول في نفسي أن الأسئلة صعبة وأنا لن أتمكن من الإجابة عليها وسوف ارسب في الامتحان ثم أعاقب من قبل والدي والمدرسة ويسخر مني زملائي(أفكاري) ويمضي الوقت وأنا أفكر بهذا وذاك ساعات وساعات

ولا ادرس (هذا ما فعلته –سلوكي) واشعر أكثر بالخوف والتوتر والقلق (مشاعري) وبطني تؤلمني ورأسي وعضلاتي مشدودة وابكي (إشارات جسمية) ، هذا عندما فكرت بهذه الأفكار السلبية ، لكنني لو فكرت أنني سوف أجيب على أسئلة الامتحان واحصل على درجات مرتفعة ومكافأة من المدرسة ومن والدي هذه (أفكار إيجابية) تجعلني اشعر بالراحة (مشاعري) وسوف أركز وادرس ولن أضيع الوقت (سلوكي) .

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال تقديم نماذج لمواقف بها أفكار إيجابية /وسلبية من كراسة الواجب المنزلي بعد أن قدمت هي بنفسها مواقف لذلك وشجعت الأطفال على المناقشة ، ثم وزعت عليهم ورقة العمل الخاصة بهذه الجلسة وتم مناقشة الورقة بعد الانتهاء منها، وفي نهاية الجلسة تم تلخيص ما جاء فيها وتحديد الواجب المنزلي ومكافأة الأطفال .

الواجب المنزلي :

كتابة موقفي قلق وممارسة تمارين الاسترخاء .

الجلسة العاشرة :

موضوع الجلسة :

تنمية أسلوب حل المشكلة للتحكم في القلق .

أهداف الجلسة :

١. تقديم التدريب على استرخاء الساقين والقدمين .
٢. تنمية إستراتيجية للتحكم في القلق .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، حل المشكلة ، والاسترخاء ، والتعزيز والواجبات المنزلية .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي بشكل فردي مع كل طفلة مركزة على ما إذا كانت تستطيع الطفلة أن تميز المشاعر (الإيجابية /السلبية) والأفكار (الجيدة /السيئة) والإشارات الجسمية في المواقف المسجلة بالكراسة ، في حين يقوم بقية أعضاء المجموعة بعمل ورقة تصنيف الأفكار إلى إيجابية وسلبية وتم مكافأتهم بعد الانتهاء . ثم مراجعة مفهوم الحوار للذاتي ودوره في مشاعر التوتر والضيق لدينا .

قامت منفذة البرنامج بتقديم التدريب على استرخاء الساقين والقدمين قائلة الآن علينا أن ندفع بأصابع أقدامنا أسفل على الأرض بقوة قد نحتاج إلى أن تساعدنا أرجلنا في الدفع نشعر بألم وشد في

أقدامنا ونحن نعد من١ إلى ١٠ ، ثم نرخي أقدامنا ونجعل أصابعنا طليقة ونشعر بالراحة والاسترخاء والدفء ونحن نعد من١ إلى ١٠ ، الآن نفكر في ساقنا ونبدأ في شد عضلاتها ، إذا كنا نجلس على الكرسي نرفع الساق أعلى ونبقى هكذا أمامنا ونحن نشعر بالشد والألم فيها ونعد من ١الى ١٠ ، الآن نجعل قدمنا تلامس الأرض وتعود ساقنا إلى وضعها الطبيعي نجعلها لينة رخوة وثقيلة ونحن نشعر بالفرق وأن الشد يتلاشى عنها تدريجيا أيضا ونحن نعد من ١الى ١٠ . ونكرر هذا التمرين . نفكر في عضلات الفخذ ونشدها بدفع أرجلنا إلى أعلى معا بقوة قدر ما نستطيع نشعر بالشد ونستمر كذلك ونحن نعد من ١الى ١٠ ونفكر بما نشعر به ، الآن نجعلها تسترخي ونشعر بالفرق وأن الشد يتلاشى منها تدريجيا وأنها لينة ثقيلة وأن فخذنا وساقنا أصبحت ثقيلة وأن الشد يتلاشى منها تدريجيا ، وأنها تنزل على الأرض أو على الكرسي ندع شعورنا بالاسترخاء ينتشر أعلى من أقدامنا أعلى من خلال أرجلنا نرخي فخذنا وأسفل ظهرنا ونحن نعد من ١الى ١٠ .

لتقديم الإستراتيجية التي تساعد الأطفال على التحكم في القلق طرحت منفذة البرنامج على الأطفال مجموعة من الأسئلة التي تذكرهم بالخطوات التي تم تعلمها في الجلسات السابقة السؤال الأول كيف اعرف أنني قلقة أو خائفة (من يخبرني بذلك) والتي تسمى بالخطوة الأولى ، والسؤال الثاني ما الأفكار التي أفكر بها (ماذا أتوقع) وهي الخطوة الثانية ، هنا قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف قلق موضحة الإشارات الجسمية التي ظهرت عليها بسبب قلقها وخوفها (وهذه

الخطوة الأولى شعوري بالخوف ؟ ثم الأفكار التي فكرت بها وحوارها الذاتي (توقع الأشياء السيئة) وهذه الخطوة الثانية وكانت تشجع الأطفال على طرح الأسئلة والمناقشة . ثم طلبت من أحد الأطفال لعب الدور في الموقف مكان منفذة البرنامج وتم تشجيع بقية أعضاء المجموعة على المناقشة والاستفسار .

بعدها قدمت منفذة البرنامج الخطوة الثالثة (إستراتيجية التغلب على القلق) ووزعت على الأطفال بطاقات كتب بها خطوات التغلب على القلق :

الخطوة الأولى : هل اخبرني جسمي أنني خائفة وقلقة وظهرت على إشارات جسمية معينة هنا آخذ نفساً عميقاً وأحاول أن أرخي عضلات جسمي المشدودة .

الخطوة الثانية : ما هو حواري الذاتي (أفكاري التي فكرت بها ، وماذا أتوقع هل هناك أي سبب يجعلني أفكر بذلك (تفكير سلبي سيئ) أنا خائفة من حدوث شيء ما سيئ ، هل حدث هذا من قبل لماذا فكرت في الموقف بهذه الصورة ؟ (الحديث الذاتي القلق) هنا تنمية الحديث الذاتي الإيجابي وتطبيقه لمعرفة أن الموقف ليس مخيفاً بهذه الصورة .

الخطوة الثالثة : هذه الخطوة الثالثة تسمى أسلوب حل المشكلة والتغلب على الخوف والقلق (كيف أتصرف وماذا أفعل) بعد أن اعرف أنني خائفة واخبرني جسمي بذلك وأفكاري سيئة لأنها زادت من قلقي وخوفي الآن أريد أن أتغلب على هذا الخوف والقلق (كيف احل مشكلتي) وقدمت بطاقة مكتوب عليها مجموعة

من الأسئلة لحل المشكلة وهي : ماذا افعل حتى اجعل هذا الموقف اقل قلقا وخوفا ؟ ما هي البدائل حتى أغير الموقف ؟ما هو أفضل شي يمكن عمله ؟ تحديد أي البدائل الممكنة لحل المشكلة ؟ وهنا قدمت منفذة البرنامج خطوات حل المشكلة والتي تسير وفقا لهذه الخطوات الآتية :

- ما هي مشكلتي علي أن احدد مشكلتي في الموقف .
- ما هي الحلول المكنة لحل هذه المشكلة (الحلول التي اقترحها لحل المشكلة) .
- اختيار أفضل الحلول بعد اختبار كل الحلول المقترحة .
- تطبيق الحل المناسب لحل المشكلة (أطبق الحل المناسب) .
- تقييم النتائج بعد تطبيق الحل المناسب (أقيم النتائج التي حصلت عليها بعد تطبيق الحل) . وهنا تم الاستعانة بأمثلة من أوراق العمل الخاصة بهذه الجلسة والتي تم شرحها للأطفال لعملها ثم مناقشتهم بها .

ولتوضيح استخدام الخطوات الثلاثة للتغلب على القلق قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف قلق حدث لها وطلبت من الأطفال تذكيرها بالخطوات الثلاثة السابقة ، وبعدها قدم الأطفال نماذج لمواقف من الكراسة باستخدام الخطوات الثلاثة ، وفي نهاية الجلسة تم تحديد الواجب المنزلي ومكافأة الأطفال على المشاركة .

الواجب المنزلي :

كتابة موقفي قلق وممارسة تمارين الاسترخاء .

الجلسة الحادية عشرة :

موضوع الجلسة :

تابع تنمية إستراتيجية حل المشكلة للتحكم في القلق .

أهداف الجلسة :

١. تقديم التدريب على استرخاء الجسم كله .
٢. استمرار تشجيع الأطفال على استخدام إستراتيجية حل المشكلة .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، حل المشكلة ، والاسترخاء ، والتعزيز ، والواجبات المنزلية

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي بشكل فردي مع كل طفلة على حده مركزة على قدرة الطفلة على التمييز بين الخطوات الثلاثة للخطة ، في حين قام بقية أعضاء المجموعة بكتابة الخطوات الثلاثة على بطاقات .

قامت منفذة البرنامج بتقديم التدريب على استرخاء الجسم كله قائلة : الآن وبعد أن قمنا بشد وإرخاء مجموعة العضلات السابقة ، علينا أن نفكر الآن في جسمنا كله ، الآن كلها أصبحت ثقيلة ومسترخية لا يوجد بها أي شد ونتخيل أن الشد يبعد عن جسمنا ، ونحاول أن نستمع إلى صوت تنفسنا وأذرعنا وأرجلنا ورأسنا مسترخية كل جسمنا ، أيضا وقد نشعر بصعوبة التحرك والثقل والنعاس وهذا جزء من الاسترخاء . وعندما تأتي تخيلات مزعجة في أذهاننا (مثلا تذكر أشياء تخافي منها أو تسبب لك الضيق) لا نهاجمها فقط نعرفها وندعها تمر ونشعر نحن كأننا متفرجين ومستمتعين لكنها ليست لنا (لا نفكر بها فقط نتفرج عليها كأننا نرى التليفزيون) نستمتع بمشاعر الاسترخاء لعدة دقائق أكثر ، ويمكننا أن نتذكر شيئاً ما يشعرنا بالسعادة والهدوء . الآن سوف نعد من ٤-١ ، عندما نصل إلى رقم ١ نفتح أعيننا ونستمر في الاسترخاء قبل أن نتحرك مرة أخرى سوف نشعر بالسعادة والاسترخاء . الآن نشعر أننا منتبهون ، و٣ نبدأ حقا للتحرك مرة أخرى ٢ نشعر بما حولنا ، و١ نفتح أعيننا ونشعر بالاسترخاء وأننا منتبهون .

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الخطوات الثلاثة مع الأطفال بتطبيقها على مواقف خوف وقلق حدثت للمجموعة ومسجلة في كراسة الواجب المنزلي وشجع الأطفال على المناقشة والحوار . وطلب من كل طفلة تقديم نموذج أمام المجموعة بحيث تذكر الموقف وطفلة أخرى توجهها في كل خطوة من الخطوات في الموقف وبالترتيب مع بقية أعضاء المجموعة .

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال كتابة أمثلة على كل خطوة من خطوات التغلب على الخوف والقلق والتي تم كتابتها في بداية الجلسة ، وفي نهاية الجلسة تم تلخيص ما جاء بها ثم حدد الواجب المنزلي وتم مكافأة الأطفال .

الواجب المنزلي :

كتابة موقفي قلق وممارسة التدريب على الاسترخاء .

الجلسة الثانية عشرة :

موضوع الجلسة :

التقييم والمكافأة الذاتية ودورها في التحكم في القلق .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة مختصرة لخطوات التغلب على القلق الثلاثة .
٢. تقديم مفهوم تقييم ومكافأة الذات .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، والاسترخاء ، والتعزيز ، والواجبات المنزلية ، تقييم ومكافأة الذات .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي بشكل فردي مع كل طفلة مركزة على قدرة الطفلة على التمييز بين الخطوات الثلاثة للخطة ، في حين قام بقية أعضاء المجموعة بكتابة أي صعوبة لديهم في التمييز بين الخطوات الثلاثة .

قامت منفذة البرنامج والأطفال بأداء التدريب على الاسترخاء هي أولا ، ثم الأطفال طفلة طفلة ثانيا ، للتأكد من معرفة الطفلة ممارسة هذا التدريب ، ثم جماعيا مع الأطفال ، وتم مناقشتهم في الصعوبات التي واجهتهم عند أداء التدريب على الاسترخاء .

بعد ذلك قدمت منفذة البرنامج مفهوم تقييم ومكافأة الذات قائلة اليوم سوف نتعلم الخطوة الأخيرة في خطتنا للتغلب على الخوف والقلق ، وهي التقييم والمكافأة بعد أن نراجع الخطوات الثلاثة السابقة وبدأت بمناقشة معنى المكافأة بأنها الشيء الذي نحصل عليه عند أداء العمل المطلوب منا القيام به أداءً جيداً ، والتي نحصل عليها من الوالدين على مساعدتنا لهما وإطاعة الأوامر مثلا ، أو من المدرسة عند الحصول على درجات مرتفعة والالتزام بإرشاداتها ، أو من أنفسنا بعد الانتهاء من كتابة الواجب المنزلي مثل قضاء فترة من الزمن لمشاهدة التليفزيون أو اللعب مع الإخوة والأصدقاء ، وهنا طلب منهم إعطاء أمثلة لأنواع المكافآت التي حصلوا عليها من الآخرين ومن أنفسهم ، وتم مكافأتهم على المشاركة والمناقشة .

بعد ذلك انتقلت منفذة البرنامج إلى مفهوم تقييم الذات قائلة للأطفال سوف نتناول مفهوم تقييم الذات وفي الجلسة القادمة سوف نتحدث عن المكافأة وبدأت في تقديم المفهوم من خلال نموذج لموقفين:

الأول : قمت بمساعدة أمي في المنزل وكنت سعيدة وأنا أساعد أمــي وقلت في نفسي إن أمي سعيدة مني الآن وسوف أساعدها في كل مرة فأنا بنت ممتازة لأنني ساعدت والدتي بالمنزل وقد تكــافئني أمي بالذهاب إلى السوق أو زيارة أصــدقائي ، وطلبــت منفــذة البرنامج من الأطفال تحديد الخطوات الثلاثة التــي تــم تعلمهــا الأولى : ما هي مشاعري ؟ الثانية : ما هي أفكاري ؟ الثالثــة : ماذا افعل؟ الرابعة : التقييم والمكافأة .

الثاني : كنت نائمة وسمعت صوتا وفزعت من نومي وأخذت ارتجف ويتصبب العرق من جسمي وقلبي يخفق بسرعة ولا أستطيع أن أتحرك وقلت في نفسي إن هذا صوت لص سوف يقتلني ويسرق منزلنا وقد يقتل والدي وأخذت ابكي وارتجف أكثر وقلبي يخفــق بسرعة ، وتجمدت في مكاني ولم افعل شيئاً وزاد خــوفي . ثــم طلبت منفذة البرنامج من الأطفال تحديد الخطوات الأربعة فــي هذا الموقف وكيف أغير من حالة الطفلة هنا (التأكيد على تقيــيم السلوك) .

انتقلت منفذة البرنامج بعد ذلك إلى معنى تقييم الذات ، ويقصد به ما هي نتيجة عملي ؟ هل أنا راضية أم سعيدة من عملي ؟ هل عملي جيد أو سيئي موضحة أن التقييم يتم من الوالدين والمدرسين

والأصدقاء وأنفسنا وعلينا أن نتعلم كيف نقيم سلوكنا ، ثم ناقشت مع الأطفال هل يقيم كل واحد منهم سلوكه أم لا وكيف يقيمه ؟

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال تقديم نماذج لتقييم سلوكهم في مواقف مختلفة بعد أن قدمت لهم أمثلة لذلك على سبيل المثال تخيلوا أنكم ساعدتم فريقكم في المدرسة في تحقيق الفوز على فريق مدرسة أخرى ونجحتم فيما فعلتم ما هو شعوركم ؟ماذا فعلتم بعدها ؟ وبماذا فكرتم ؟ كيف قيمتم سلوككم ؟ والمكافأة التي حصلتم عليها . ثم قدمت أوراق العمل الخاصة بهذه الجلسة لمواقف عليهم قراءتها وتقييم السلوك والمكافأة في هذه المواقف وتم مناقشتهم بعد ذلك . وتم مكافأة الأطفال في نهاية الجلسة مع توضيح سبب المكافأة وتلخيص ما جاء بالجلسة وتحديد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

ممارسة تدريبات الاسترخاء .

الجلسة الثالثة عشرة :

موضوع الجلسة :

تابع التقييم والمكافأة الذاتية في التحكم في القلق .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة تدريب الاسترخاء .
٢. مراجعة خطوات التغلب على القلق .

٣. مراجعة مفهوم تقييم الذات .

٤. تقديم مفهوم تقييم ومكافأة الذات .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، والاسترخاء ، والتعزيز ، وتقييم مكافأة الذات .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بأداء التدريب على الاسترخاء مع الأطفال ، ثم مناقشة الخطوات الثلاثة للخطة التي تم تعلمها معهم ، ومفهوم تقييم الذات وإعطاء أمثلة لهذه الخطوات .

ناقشت منفذة البرنامج مع الأطفال مفهوم تقييم ومكافأة الذات الذي تم توضيحه في الجلسة السابقة ثم أنواع المكافآت المختلفة ، ثم طلبت منهم كتابة المكافآت التي يحبون الحصول عليها ولماذا ، وذلك في سبيل تعليمهم أنواع المكافآت (المادية /المعنوية) والمكافأة التي نحصل عليها حتى لو لم نكمل العمل بالشكل المطلوب لكن على خطوات المكافأة الجزئية موضحة أننا يجب أن نكافئ أنفسنا على أي نجاح نحققه ليس فقط عندما تكون النتيجة ١٠٠ % مثلا عندما ندرس للامتحان ونحاول أن نحصل على الدرجة الكاملة لكننا لم نحصل عليها هل نعاقب أنفسنا ونغضب ونبكي ونقول لأنفسنا أننا لسنا مثل بقية

الأطفال الممتازين ، فهذا حوار سلبي مع الذات هنا علينا أن نقول لأنفسنا أننا لم نحصل على الدرجة الكاملة لكننا سوف نحاول في المرة القادمة هذا لا يعني أننا غير ممتازين نحن حاولنا وهنا يجب أن نكافئ أنفسنا على المحاولة وتقييم سلوكنا لماذا لم نحصل على درجة كاملة وهنا طلبت منفذة البرنامج من الأطفال تقديم أمثلة لذلك .

قدمت أوراق العمل الخاصة بهذه الجلسة والتي تناولت التقييم والمكافأة (النجاح الكلي / والنجاح الجزئي) وتم مناقشتها بعد الانتهاء منها مع الأطفال . وفي نهاية الجلسة تم تلخيص ما جاء بها ومكافأة الأطفال وحدد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

ممارسة تدريب الاسترخاء .

الجلسة الرابعة عشرة :

موضوع الجلسة :

تقديم خطة التغلب على القلق .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة مفاهيم الجلسات السابقة .
٢. تقديم خطة التغلب على القلق .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، والاسترخاء ، والتعزيز .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بأداء تمارين تدريب الاسترخاء مع الأطفال وثم مناقشتهم في المفاهيم المقدمة في الجلسات السابقة وهي المشاعر والانفعالات المختلفة كالقلق والخوف ، والإشارات الجسمية التي تظهر علينا عند الشعور بالخوف أو القلق مستخدمين مقياس المشاعر ومقياس درجة المشاعر وهي الخطوة الأولى ، ثم الحوار الذاتي (الأفكار وتوقع الأشياء السيئة) وهي الخطوة الثانية ، والأفعال (أسلوب حل المشكلة) وهي الخطوة الثالثة ، وأخيرا النتائج والمكافأة (تقييم ومكافأة الذات) وهي الخطوة الرابعة والأخيرة في الخطة وكانت تشجع الأطفال على المناقشة والحوار وطرح الأمثلة لكل مفهوم من هذه المفاهيم .

طرحت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف قلق على الأطفال وطلبت منهم تحديد كل خطوة من الخطوات الأربعة التي تم تعلمها في الجلسات السابقة وتم مراجعتها في بداية هذه الجلسة .

والموقف هو : هذه طفلة عليها أن تقدم فقرة في الإذاعة المدرسية وهي لا تحب أن تقف وتتحدث أمام الناس ...ما هي المشاعر التي قد تشعر بها الطفلة . . المطلوب هنا تحديد نوع مشاعر الطفلة وكيف تعرف هذه المشاعر لديها (من يخبرها بذلك أو بهذه المشاعر) وماذا نسمي هذه الخطوة ، الحوار الذاتي (الأفكار التي فكرت بها الطفلة) وماذا نسمي هذه الخطوة ماذا تفعل هذه الطفلة (وكيف يمكن أن نساعد هذه الطفلة) وماذا نسمي هذه الخطوة ، وما هي خطواتها . بعد أن قدمت الطفلة الفقرة في الإذاعة المدرسية ماذا قالت عن نفسها وقال عنها الآخرون وماذا قدمت لنفسها وقدم لها الآخرون (ماذا نسمي هذه الخطوة) وتم تشجيع الأطفال على المشاركة والمناقشة .

قامت منفذة البرنامج بلعب الدور لقصة هذه الطفلة وطلبت من الأطفال أن يوجهوها ماذا تفعل بنفس الخطوات السابقة .

طلبت من الأطفال اختيار مواقف قلق أو خوف من الكراسة وتقديم نماذج أمام المجموعة بالترتيب بنفس الطريقة التي قدمت بها منفذة البرنامج الموقف وتم الاستعانة ببطاقات كتب عليها الخطوات التي استخدمت عند الحاجة إليها .

قدمت منفذة البرنامج فكرة خطة التغلب على القلق قائلة أننا تحدثنا عن أربع خطوات وهي الشعور بالخوف ، وتوقع الأشياء السيئة ، والأفعال (حل المشكلة) ، والنتائج والمكافآت (تقييم ومكافأة الذات) أن هذه الخطوات هي الخطة التي نستخدمها للتغلب على

الخوف والقلق والتي تعلمناها في الجلسات السابقة وقدمنا على كل خطوة مواقف مختلفة .

ناقشت منفذة البرنامج مع الأطفال فكرة اختراع أو ابتكار أشكال/رسوم/أرقام/أحرف تذكرهم بخطة التغلب على الخوف والقلق ، حيث يتم وضع رمز لكل خطوة من الخطوات الأربعة وقدمت منفذة البرنامج لهم نماذج لذلك ، ثم طلبت منهم التفكير بذلك وإحضارها في الجلسة القادمة ، في نهاية الجلسة تم تلخيص ما جاء بها ومكافأة الأطفال وتحديد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

ممارسة التدريب على الاسترخاء واختراع أو ابتكار رسومات لتذكر خطة التغلب على القلق .

الجلسة الخامسة عشرة :

موضوع الجلسة :

تابع خطة التغلب على القلق .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة خطوات خطة التغلب على القلق .
٢. تشجيع الأطفال على تقديم اقتراحاتهم لتذكر خطوات خطة التغلب على القلق .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، والاسترخاء ، والتعزيز .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بأداء التدريب على الاسترخاء مع الأطفال . ثم مناقشتهم في خطوات التغلب على الخوف والقلق والخوف الأربعة ، وطلبت منهم تقديم نماذج لمواقف قلق من كراسة الواجب المنزلي واستخدام الخطة في التغلب عليها .

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال تقديم اقتراحاتهم لتذكر خطوات خطة التغلب على القلق .

قامت منفذة البرنامج والأطفال بتنفيذ هذه الرموز لخطوات الخطة على أوراق ملونة بعد أن وفرت لهم الأدوات اللازمة وتم تعليق هذه الخطة في الغرفة الخاصة بكل طفلة لتذكرها بخطوات الخطة لاستخدامها عند مواجهة موقف قلق . وفي نهاية الجلسة تم مكافأة الأطفال على مشاركتهم وحدد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

ممارسة التدريب على الاسترخاء .

الجلسة السادسة عشرة :

موضوع الجلسة :

التحصين التدريجي .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة خطة التغلب على القلق وتمارين الاسترخاء .
٢. مناقشة تحول الأنشطة في الجلسات المتبقية عن الجلسات السابقة.
٣. تقديم مفهوم التحصين التدريجي .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الفنيات المستخدمة :

النمذجة ، والاسترخاء ، والتعزيز ، والتحصين التدريجي .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة خطوات خطة التغلب على القلق ، وتمارين التدريب على الاسترخاء مع الأطفال .

شرحت منفذة البرنامج للأطفال تحول الأنشطة في هذه الجلسات الباقية عن الجلسات السابقة ، حيث يتحول أو ينتقل الأطفال من اكتساب مهارات إلى ممارسة هذه المهارات ، بدلاً من تعلم المشاعر والأفكار والأفعال وتقييم ومكافأة الذات ، هنا يتم التركيز على

ممارسة ما تعلمناه والذي يعتبر كبداية لجلسات الممارسة والتي سوف يستخدم فيها خطة التغلب على القلق ويشارك فيها أعضاء المجموعة .

أوضحت منفذة البرنامج الفرق بين الجلسات السابقة والجلسات الحالية بعرض موقف من المواقف السابقة الذكر ، والذي يسبب الضيق والعصبية والخوف وأخذت تصف كل خطوة من خطوات الخطة على حده ، بحيث تقوم بالتفرقة بينها وبين الجلسات القادمة ، بان تلك الجلسات السابقة اعتمدت على الجانب المعرفي حيث ناقشت المفاهيم وتعاريفها ، أما الجلسات القادمة فهي جلسات لممارسة ما تم تعلمه واستخدام الخطة .

بدأت منفذة البرنامج في توضيح مفهوم التحصين التدريجي للأطفال بأنه عبارة عن مواجهة بين المواقف المثيرة للخوف والقلق ، واستجابة عدائية أخرى لتلك المواقف وهي الاسترخاء ، أي أن شخصاً يخاف من التحدث أمام الناس (موقف قلق) يتعلم كيف يسترخي عندما يشعر بالخوف في نفس الوقت (استجابة عكس القلق) ونحن هنا سوف ننظم المواقف التي تسبب لنا القلق من اقل إلى أعلى تدريجيا ثم نقوم بتقديم اقل المواقف المثيرة للقلق وفي نفس الوقت الاستجابة المضادة للقلق وهي الاسترخاء ، ثم أوضحت لهم المراحل التي يمر بها هذا الأجراء فالخطوة الأولى تعلم الاسترخاء ، أما الخطوة الثانية فهي حصر المواقف المسببة للقلق وترتيبها في مدرج هرمي من اقل إلى أكثر المواقف إثارة للقلق ، والخطوة الثالثة هي عملية التحصين التدريجي والتي يتم من خلالها المزاوجة بين الاسترخاء والمواقف المسببة للخوف والقلق وقدمت منفذة البرنامج أمثلة لذلك .

في نهاية الجلسة قامت منفذة البرنامج والأطفال بممارسة العاب ترفيهية أخرى حول المشاعر والانفعالات (كنوع من النشاط الاجتماعي مع الأطفال) وتم تقديم مكافأة لهم وتحديد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

ممارسة التدريب على الاسترخاء .

الجلسة السابعة عشر إلى الجلسة السادسة والعشرين :

موضوع الجلسة :

تقديم التحصين التدريجي .

أهداف الجلسة :

1. مراجعة مفهوم التحصين التدريجي .
2. تعرض أعضاء المجموعة للمدرج الهرمي للقلق .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الفنيات المستخدمة :

التحصين التدريجي ، النمذجة ، التعزيز .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

في بداية الجلسة قامت منفذة البرنامج بمراجعة ومناقشة الأطفال في مفهوم التحصين التدريجي الذي قدم في الجلسة السابقة ، وتشجيع الأطفال على طرح استفساراتهم وآرائهم حول هذا المفهوم .

قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف قلق حدث لها موقف بسيط وبدأت في استخدام الخطة للتغلب على القلق حيث الخطوة الأولى تعريف مشاعرها التي اخبرها بها جسمها ، ثم الخطوة الثانية وهي حوارها الذاتي وأفكارها (توقع الأشياء السيئة) ثم الخطوة الثالثة وهي الأفعال (حل المشكلة) ثم الخطوة الرابعة وهي تقييم ومكافأة الذات ، وانتقلت إلى ممارسة الاسترخاء وهنا أخذت منفذة البرنامج تصف للأطفال قائلة : إنني أتخيل نفسي في هذا الموقف المسبب للقلق، وسوف أبدا تدريجيا في رفع إصبع يدي اليسرى حين أبدا في تخيل منظر واستمر في تخيلي له وأنا في حالة استرخاء لمدة عشر ثوان منذ بداية رفع إصبعي وعندما اشعر بالقلق أثناء تخيلي للموقف سوف ارفع يدي اليمنى وهنا أعود إلى حالة الاسترخاء مرة أخرى ، ولا انتقل إلى الموقف التالي قبل أن أتمكن من تخيل الموقف السابق دون رفع إصبع يدي اليمنى والاسترخاء فترة بسيطة بين المرتين ، والانتهاء من الجلسة بمنظر نجحت في تخيله دون الشعور بالقلق .

هنا طلبت منفذة البرنامج من أحد الأطفال أن تؤدي دور منفذة البرنامج في الموقف الذي قدمته منفذة البرنامج حيث بدأت في ممارسة الاسترخاء وهي تصف للأطفال أنها في الموقف المسبب للقلق وبدأت

ترفع إصبع يدها اليسرى حيث تخيلت المنظر واستمرت في التخيل وهي في حالة استرخاء لمدة عشر ثوان وعندما شعرت بالقلق رفعت إصبع يدها اليمنى وتم مناقشها في الأفكار التي سببت لها القلق وتصحيحها ، وهنا عادت الطفلة إلى حالة الاسترخاء وانتهت بتخيل منظر نجحت في تخيله دون قلق وتم مكافأتها .

قدم أعضاء المجموعة بالترتيب مواقف مشابهة تثير قلقاً بسيطاً وكانت منفذة البرنامج والأطفال يرشدون كل طفلة أثناء أدائها للموقف في التغلب على القلق .

في الجلسات الجماعية للتعرض بعد أن تم حصر مواقف القلق عند أعضاء المجموعة خلال الجلسات السابقة وضعت هذه المواقف في قائمة متدرجة بحيث يكون أكثر المواقف إثارة للقلق لديهم في أسفل القائمة واقلها إثارة للقلق في أعلى القائمة وتم عرض القائمة على المجموعة ومناقشتهم فيها للتأكد من تسلسل المواقف من اقلها إثارة للقلق إلى أشدها إثارة له ثم بدأت جلسات التعرض بنفس الطريقة السابقة الذكر .

في الجلسات الفردية للتعرض اتبع نفس الأسلوب مع كل عضو في إعداد القائمة ثم بدأ تعرض الطفلة بطريقة فردية لبنود مدرج القلق الخاص بها تدريجيا من خلال مناقشة وتصحيح ما لديها من أفكار خاطئة وتعديل توقعاتها عن الموقف المسبب للقلق ومساعدتها على الخروج من هذا الموقف تدريجيا خطوة خطوة باستخدام الاسترخاء والتعزيز ماديا بالحلوى أو معنويا بالتشجيع

والاستحسان لما تحققه من تقدم على بنود مدرج القلق الخاص بها .
وهكذا حتى تم الانتهاء من الجلسات المخصصة للتحصين التدريجي
وتأكدت منفذة البرنامج من اجتياز كل طفلة في المجموعة لقائمة مدرج
القلق بنجاح .

الجلسة السابعة والعشرون :

موضوع الجلسة :

الجلسة الختامية .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة وتلخيص البرنامج الإرشادي .
٢. عرض برامج الأطفال التي قاموا بإعدادها .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الفنيات المستخدمة :

التعزيز .

الإجراءات التي اتبعت عند تنفيذ الجلسة :

ناقشت منفذة البرنامج الأطفال في البرنامج الإرشادي المقدم ومدى استفادتهم منه ، والصعوبات التي واجهتهم في تطبيق البرنامج .

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال ذكر المهارات التي تعلموها في البرنامج بلغتهم . وتم مكافأة الأطفال على المشاركة والتفاعل ، وتم تحديد جلسة للتقييم .

الجلسة الثامنة والعشرون :

موضوع الجلسة :

التقييم .

أهداف الجلسة :

تطبيق مقياس اضطرابات القلق .

زمن الجلسة : ستون دقيقة

الإجراءات التي اتبعت عند تنفيذ الجلسة :

تم تطبيق مقياس اضطرابات القلق (التطبيق البعدي) للتعرف على مدى فاعلية البرنامج في خفض مستوى اضطرابات القلق لديهم . تم الاتفاق مع الأطفال على موعد الحفلة التي تقيمها منفذة البرنامج لهم ولأمهاتهم بمناسبة انتهاء البرنامج في يوم الإجازة . قدمت منفذة البرنامج للأطفال جدولاً للاتصال بها عند الحاجة خلال فترة المتابعة . حددت منفذة البرنامج مع الأطفال موعد جلسة التقييم بعد انتهاء فترة المتابعة للتعرف على مدى استمرار اكتساب الأطفال للمهارات المكتسبة في البرنامج الإرشادي .

سلوك رفض المدرسة : School Refusal Behavior

على الرغم من عدم وجود فئة تشخيصية خاصة لهذا الاضطراب ، فهو يعد كأحد اضطرابات القلق لدى الأطفال ، فقد يظهر هذا الاضطراب كأحد الأعراض المصاحبة لبعض تلك الاضطرابات ، فمثلاً قد يتجنب الطفل الذهاب للمدرسة خوفاً من الأنشطة الاجتماعية هناك أو التحدث أمام الزملاء ، فهنا قد يكون عرضاً للمخاوف الاجتماعية ، وقد يكون كذلك بالنسبة لقلق الانفصال الذي يظهر في الخوف من الابتعاد عن الوالديــن وعن المنزل ، وبالتالي يرفض الذهاب للمدرسة (ميزا وموريس Masia &Morris ، ١٩٩٨ ، ٤ – ٥) .

وتشير Mary M . Jensen (٢٠٠٥ ، ١٦٩) إلى أن هذا السلوك عادة ما يرجع إلى قلق الانفصال ، حيث يشعر الأطفال بالقلق عند الابتعاد عن الوالدين للذهاب للمدرسة خلال مراحل العمر الصغيرة وينشر هذا الاضطراب من ٢ – ٥ % من أطفال المدارس ويحدث خاصة عند فترة الانتقال من مكان إلى آخر . وقد يظهر لدى المراهنين عند الانتقال من المرحلة الابتدائية إلى الإعدادية وهكذا وتظهر مخاوف الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في الحالات التالية البعد عن الوالدين والذهاب بالباص أو الأكل في الكافتيريا واستخدام غرف الاستراحة في المدرسة ومناداتهم في الفصل أو تغير ملابس المدرسة بملابس الرياضة والتفاعل مع التلاميذ أو المعلمين الآخرين .

في حين تحدث باحثون آخرون عنه كأحد المخاوف النوعية أو الخاصة التي توجد لدى الأطفال ، فمنهم من أطلق عليه الخوف المرضي

من المدرسة School Phobia وهو يقترب من مفهوم رفض المدرسة School Refusal (عباس عوض ، مدحت عبد الحميد ، ١٩٩٠ ، ٤٨). وهناك من يسميه بالخوف المدرسي School Phobia والذي يشير إلى أحد أنواع الخوف بشكل عام (جاسم الكندري ، راشد سهل ، ١٩٩٢ ، ٣٩٢) . ومن يطلق عليه فوبيا المدرسة (نيفين زيور ، ١٩٩٨ ، ١٥٠) .

وعلى الرغم من اختلاف المسميات أو المصطلحات إلا أنها كلها تشير إلى الخوف المرضي من المدرسة ، فالسمة المميزة لهذا الاضطراب هي التردد وعدم الرغبة ورفض الذهاب للمدرسة ، حيث تظهر على الطفل بعض الأعراض الجسمية كالتقيؤ العصبي ، وألم الرأس والمعدة ، والإسهال ، وقد يبكي الطفل ويتوسل لوالديه حتى لا يذهب إليها . (ميزا وموريس Masia & Morris ، ١٩٩٨ ، ٤ – ٥) .

وينتشر هذا الاضطراب بدرجة ملحوظة بالمراحل الدراسية الأولى والذي يتمثل في الخوف الشديد من الذهاب للمدرسة أو حتى ذكر اسمها ، فيحتال الطفل وينتحل الأعذار لعدم الذهاب أو قد يرفض بصراحة وبإصرار ، وغالباً لا يكون السبب في المدرسة بل في وجود تلاميذ يخشى عدوانهم أو سخريتهم أو مدرسين يهددونه بالعقاب ، وأحياناً يكون السبب في المنزل الذي تتوافر فيه الحماية الزائدة والتدليل المفرط ، فيتمسك الطفل بالبقاء في المنزل كارهاً المدرسة التي لا يتوفر بها هذه المعاملة . (دري حسن عزت ، ١٩٩٠ ، ١٤٩) .

وترى نيفين زيور (١٩٩٨ ، ١٥٠) أن هذا الاضطراب ينتشر بين التلاميذ المجتهدين بقدر ما ينتشر لدى غيرهم من التلاميذ المتأخرين

دراسياً ، حيث يبدي بعض الأطفال أسباب مقنعة تبرر تصرفاتهم ، بينما يخفق البعض الآخر في إعطاء سبب واضح للرغبة في تركه للمدرسة .

ويرى ب . ب وولمان (١٩٨٥ ، ٦٥) أنه يمكن أن يفسر رفض المدرسة والخوف منها لدى الأطفال ، في ضوء شعورهم بالصراع القائم بين الرغبة في التحصيل والتفوق والخوف من المدرسة ، حيث يشعرون أنه لا ضرورة لها ولا مبرر لعقاب الوالدين . أو في ظل قلق الانفصال والمبالغة في تقدير الذات ، واشتراط المثير والاستجابة (جاسم الكندري وراشد سهل ، ١٩٩٢ ، ٤٤ – ٤٦) . في حين قدم كل من عباس محمود عوض ، مدحت عبد الحميد (١٩٩٠ ، ٥٨ – ٥٩) في دراستهما للخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال ثلاثة عوامل هي الخوف من المدرسة والرغبة في البقاء في المنزل كعامل عام ، ثم الخوف من المدرسين ومن الامتحانات .

وأوضح رياض نايل العاسمي (١٩٩٥) في دراسته التي تناول خلالها العوامل النفسية والأسرية والاجتماعية والمدرسية الشعورية واللاشعورية التي تسهم في ظهور هذا الاضطراب لدى الأطفال المتمثلة في الخوف من العدوان الخارجي والصراعات الناتجة عن إحباطات وضغوط يتعرض لها في البيئة الأسرية ، فيبدو عدم إشباع حاجته إلى الإحساس بالأمان والانتماء الذي يقترن بمشاعر الحزن والاكتئاب وانخفاض التوافق العام الشخصي والاجتماعي لدى الطفل .

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

١. إبراهيم علي إبراهيم (١٩٩٧) : الاتجاهات الحديثة في العلاج السلوكي ، مجلة البحث في التربية وعلم النفس ، جامعة المنيا ، العدد٣ ، المجلد١٠ ، ٢٩٧-٣٣٤ .

٢. أحمد عبد الخالق (١٩٨٧) : قلق الموت ، سلسة علام المعرفة ، مارس ، الكتاب رقم ١١١ ، الكويت ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .

٣. أحمد عبد الخالق (١٩٩٤) : الدراسة التطورية للقلق ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

٤. أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال (١٩٩٠) : القلق لدي مجموعات عمريه مختلفة من الأطفال ، المؤتمر الدولي للطفولة في الإسلام . (٩-١١ أكتوبر) جامعة الأزهر .

٥. أحمد عبد الخالق(١٩٩٠) : أصول الصحة النفسية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

٦. أحمد عكاشة (١٩٨٩) : الطب النفسي المعاصر . ط ٨ ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٧. أرون بيك (١٩٩٩) : العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية ، ترجمة عادل مصطفى ، ط١ ، القاهرة ، دار الآفاق العربية

٨. أسماء عبد الله العطية (٢٠٠١) : فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٩. أسماء غريب إبراهيم (١٩٩٤) : استخدام السيكودراما لخفض الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال ، رسالة دكتوراه ، كلية البنات ، جامعة عين شمس .

١٠.آمال عبد السميع أباظة (١٩٩٥) : دراسة إكلينيكية للتميز بين حالات القلق والاكتئاب لدى الأطفال . المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد () ، يناير ، ١٣٥-١٥٥ .

١١.ب ب ولمان (١٩٨٥) : مخاوف الأطفال ، ترجمة عبد العزيز القومي ومحمد عبد الظاهر الطيب ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

١٢.باترسون س(١٩٨١) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي ، ط١ ، الكويت ، دار القلم .

١٣.بشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠) : سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، المجلد الثاني ، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (٢) ، دولة الكويت ، الديوان الأميري ، مكتب الإنماء الاجتماعي .

١٤.جابر عبد الحميد ، علاء كفافي (١٩٩٠) : معجم علم النفس والطب النفسي (انجليزي –عربي) ، الجزء الأول ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

١٥.جابر عبد الحميد وعلاء كفافي (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسي (انجليزي –عربي) ، الجزء الثالث ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

١٦.جاسم الكندري ، راشد سهل (١٩٩٢) : الخواف المدرسي مفهومه ونظرياته ، وطرق علاجه ، رسالة الخليج العربي ، العدد (٤) ، السنة الثانية عشرة ، ٣٣-٦٦ .

١٧.جوزيف ، ودوبرت (١٩٩٩) : تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا النظرية والتطبيق ، ترجمة زيدان احمد السرطاوي وعبد العزيز السيد الشخص ، الجزء الأول ، الإمارات ، دار الكتاب الجامعي .

١٨.جوزيف ، ودوبرت (١٩٩٩) : تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا النظرية والتطبيق ، ترجمة زيدان احمد السرطاوي وعبد العزيز السيد الشخص ، الجزء الثاني ، الإمارات ، دار الكتاب الجامعي .

١٩.حامد عبد السلام زهران (١٩٧١) : علم نفس النمو "الطفولة والمراهقة " ، ط٤ ، القاهرة ، عالم الكتب .

٢٠.حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط٣ ، القاهرة ، عالم الكتب .

٢١.حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٩٨) : علم النفس الإكلينيكي ، القاهرة ، دار قباء للنشر والتوزيع .

٢٢.خليل فاضل (١٩٩٦) : الخرس الاختياري . مجلة العربي ، الكويت ، وزارة الإعلام ، العدد٤٥٣ ، ١٦٠-١٦٣ .

٢٣.دافيد شيهان (١٩٨٨) : مرض القلق . ترجمة عزت شعلان ، واحمد عبد العزيز سلامة ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد (١٢٤)

٢٤.دري حسن عزت (١٩٩٠) : الرهاب "الفوبيا"وراثة أو اكتساب ، مجلة العربي ، العدد٣٧٩ ، ١٤٧-١٥٠ .

٢٥.رحاب محمود صديق (١٩٩٩) : المخاوف المرضية لدى أطفال الروضة دراسة تشخيصية علاجية ، سلسلة الدراسات والبحوث التربوية والنفسية ، (٣) ، الإسكندرية ، الملتقى المصري للإبداع والتنمية .

٢٦.رياض نايل العاسمي (١٩٩٥) : دراسة كلينكية للبنية النفسية للأطفال الذين يعانون من الفوبيا المدرسية والأطفال في المرحلة الابتدائية . رسالة ماجستير ، معهد البحوث والدراسات التربوية ، جامعة القاهرة .

٢٧.ريتشاردم سوين (١٩٨٨) : علم الأمراض النفسية والعقلية ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ، ط ١ ، الكويت ، مكتبة الفلاح .

٢٨.سبلبرجر وآخرون (١٩٨٥) : كراسة تعليمات قائمة قلق الاختبار (قائمة الاتجاه نحو الاختبار) ، إعداد نبيل الزهار ودنيس هوسفر ، القاهرة ، مطابع الناشر العربي .

٢٩.سبيلبرجر وآخرون (١٩٩٢) : دليل تعليمات قائمة القلق (الحالة والسمة) تعريب وإعداد احمد عبد الخالق ، ط٢ ، الإسكندرية ، دار نشر الثقافة .

٣٠.سيد أحمد عجاج (١٩٩٢) : دراسة للقلق لدى الأطفال من حيث علاقته بضغوط الوالدية ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .

٣١.سيد محمد صبحي (٢٠٠٠) : محاضرات الدورة التدريبية في الإرشاد المعرفي السلوكي ، مركز الإرشاد النفسي ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٣٢.شارلز ، وهولر (١٩٨٩) : مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها ، ترجمة نسيمه داود ونزيه حمدي ، ط١ ، الأردن ، منشورات الجامعة الأردنية .

٣٣.صلاح الدين عبد الغني (١٩٩٥) : فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف القلق الناتج عن الحرمان الوالدي لدى الأطفال ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٣٤.صلاح الدين عراقي (١٩٨٥) علاج التشكيل بالأنموذج MODELING ومدى فاعلية في علاج الفوبيات لدى

الأطفال ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الزقـازيق فرع بنها .

٣٥.طلعت منصور وآخرون (١٩٨١) : أسس علم النفس العام . القاهرة ، مكتبة الأنجلو العربية .

٣٦.عباس محمود عوض ومدحت عبد الحميد عبد اللطيـف (١٩٩٠) : قلق الانفصال لدى الأطفال : در اسـه عامليـه . المـؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصـر(٢٢-٢٤) ، الجـزء الأول ، القاهرة ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية . ٩٧ -١١٧ .

٣٧.عبد الرحمن سليمان (١٩٨٨) : دراسة مقارنة لأثر أسلوبي التحصين التدريجي واللعب غير الموجه في تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية ، رسالة ماجستير ، جامعة عين شمس ، كلية التربية .

٣٨.عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٢) : اضـطراب الصـمت الاختيـاري (التباكم)لدى الأطفال ، مجلة علم النفس ، يوليو-سـبتمبر ، ٣٢-٤٢ .

٣٩.عبد الرحمن عيسوي (١٩٩٢) : في الصـحة النفسـية والعقليـة ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

٤٠.عبد الرقيب البحيري (١٩٨٢) : اختبار القلق الحالة -السمة للأطفال ، ط١ ، القاهرة ، دار المعارف .

٤١.عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) : العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث . القاهرة ، الفجر للنشر والتوزيع .

٤٢.عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٩٣) : العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته ، سلسة عالم المعرفة ، الكتاب رقم١٨٠ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت .

٤٣.عبد الستار إبراهيم(١٩٩٠) : أربعة محاور في علاج القلق ، مجلة العربي ، العدد٣٧٤ ، ١٢٤-١٢٨ .

٤٤.عبد السلام عبد الغفار (١٩٩٠) : مقدمه في الصحة النفسية ، دار النهضة العربية ، القاهرة .

٤٥.عبد المطلب القريطي (١٩٩٨) : في الصحة النفسية . ط١ ، القاهرة ، دار الفكر العربية .

٤٦.عزة عبد الجواد عزازي (١٩٩٠) : استخدام السيكودراما في علاج المشكلات النفسية لأطفال سن ما قبل المدرسة ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

٤٧.علاء الدين كفافى (١٩٩٠) : الصحة النفسية . ط١ ، القاهرة هجر للطباعة والنشر والتوزيع .

٤٨.على كمال (١٩٨٨) : النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها ، ط٤ ، الأردن ، دار واسط .

٤٩.غريب عبد الفتاح غريب(١٩٩٩) : علم الصحة النفسية ، ط١ ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٥٠.فريح عويد العنزي (١٩٩٧) : الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين ، دراسات نفسية ، مجلد ٧ ، العدد٢ ، إبريل ، الرابطة المصرية للأخصائيين النفسين ، ١٨١-٢٠٢ .

٥١.فوزي فوزي يوسف (١٩٩٤) : دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق عند الأطفال بالمرحلة الابتدائية باستخدام اللعب التمثيلي ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة أسيوط .

٥٢.فوقية حسن (١٩٩١) : المكونات الإدراكية للقلق الموضوعي . المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر ، الجمعية العربية للدراسات النفسية ، القاهرة ، مكتبة ، الانجلو المصرية ١٢٢-١٣٩ .

٥٣.فيصل محمد خير الزراد (١٩٨٦) : علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية ، بيروت ، دار العلم للملايين .

٥٤.فيولا الببلاوي (١٩٨٧) : مقياس القلق للأطفال ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية

٥٥.كالفن . س . هول (١٩٨٨) : علم النفس عند فرويد ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ، وسيد أحمد عثمان ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٥٦.ماكبريد و. ج(١٩٦٠) : الخوف ، ترجمة سيد محمد غنيم ، المشكلات النفسية ، اشرف وتقديم فؤاد البهي السيد ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

٥٧.ماهر محمد الهوارى وآخرون (١٩٨٧) : مقياس الاتجاه نحو الاختبارات "قلق الاختبارات"رسالة الخليج العربي ، السنة السابعة ، العدد ١٢١ ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الأمام محمد بن سعود الإسلامية .

٥٨.مجدي عبد الكريم (١٩٩١) القلق العام والخاص : دراسة عاملية لاختبارات القلق . المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ١٦٢-١٨٠ .

٥٩.محمد جميل محمد (١٩٨٤) قراءات في مشكلا ت الطفولة ، ط٢ ، السعودية ، دار الكتاب الجامعي .

٦٠.محمد شعلان (١٩٧٩) : الاضطرابات النفسية في الأطفال ، ج ٢ ، القاهرة ، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية .

٦١.محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٠) : اختبار المخاوف (الفوبيات) للأطفال ، القاهرة ، دار المعارف .

٦٢.محمد غريب محمد (١٩٩٩) : مدى فاعلية برنامج سيكودرامي للتخفيف من القلق النفسي عند أطفال المؤسسات الإيوائية دراسة تجريبية على عينة من الأطفال من سن ٩-١٢سنة .

رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

٦٣.محمد محمد الشيخ (١٩٨٧) : قياس القلق لدى التلاميذ ومعايير للمقياس بدولة الإمارات ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

٦٤.محمد محمود محمد (١٩٩٥) : مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى بعض المخاوف المرضية لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية جامعة الزقازيق .

٦٥.محمود السيد عبد الرحمن ، معتز سيد عبد الله (١٩٩٤) : الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم . دراسات نفسية ، العدد (٣) ، مجلد (٤) ص٤١٥-٤٤٩ .

٦٦.مدحت ألطاف عباس (١٩٨٩) : دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق لدى أطفال المرحلة الابتدائية باستخدام الرسم ، رسالة دكتوراه ، كلية البنات ، جامعة عين شمس .

٦٧.مصطفى سويف (١٩٧٥) : مقدمه لعلم النفس الاجتماعي ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٦٨.ممدوحة سلامة (١٩٨٤) : أساليب التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بالمشكلات النفسية في مرحلة الطفولة الوسطى ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق .

٦٩.مي يحيى الرخاوي (١٩٩٢) : بعض المتغيرات المرتبطة بالمظاهر والأعراض الوسواسية لدى الأطفال المترددين على العيادة النفسية ، رسالة ماجستير ، جامعة عين شمس ، معهد الدراسات العليا للطفولة .

٧٠.نيفين مصطفى زيور (١٩٩٨) : الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق ، تقديم فرج أحمد فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

71. Alfano, Candice A. ; Ginsburg, Golda S. ; Kingery, Julie Newman (2007). Sleep-Related Problems among Children and Adolescents with Anxiety Disorders, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46, 2, 224-232.

72. American Pschiatric Association (1994): Diagnostic and Statisical of Mental Disorders (4th ed). Washington, D. C

73. Barrett, P. M. et al (1996): Family Treatment of Childhood Anxiety: A Controlled Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 2, 333-342.

74. Barrett, P. M. et al (2001) ; Cognitive Behavioral Treatment of Anxiety Disorders in Children Long-Term (6-Year)Follow up. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 1, 135-141.

75. Beck&Emery (1985): Anxiety Disorders and Phobias, A Cogintive Perspective. U. S. A, Basic Book A Subsidiary of Perseus Book. C. L. c

76. Beck, A. T (1991): Cognitive Therapy A30-year Retrospective. American Psychologist, 46, 4, 368-375.

77. Beck, A. T (1993): Cognitive Therapy: Past, Present, and Future. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 2, 194-198.

78. Bernstein &Perwien (1995): Anxiety Disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American, 4, 2, 305-323.

79. Capps, l et al (1996): Fear, Anxiety and Perceived in Children of Agoraphobic Parents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 4, 445-452.

80. Chambless &Gillis (1993): Cognitive Therapy for Anxiety Disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 2, 248-260.

81. Cole, D, A et al (1998): Longitudinal Look At Relation Between Depression and Anxiety in Children and Adolescent. Journal of Consulting and Clinical psychology, 66, 3, 451-460.

82. Cole, D. A. et al (1997): Relation Between Symptoms of Anxiety and Depression in Children: A Multitrait Multimethod Multigroup Assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 1, 110-119.

83. Dadds, M. R. et al (1997): Prevention and Early Intervention For Anxiety Disorders: A Controlled Trail. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65 (4) 627-635.

84. Dalgleish, T et al (1997): Information Processing in Clinically Depressed and Anxious Children and Adolescent. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 5, 535-541.

85. Dolan &Brazeal (1993): Separation Anxiety Disorder, Overanxious Anxiety Disorders and School Refusal. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American, 2, 4, 563-580.

86. Eisen el al (1995): Clinical Handbook of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Jason arsons Inc, New Jersey.

87. Eisen&Kearney (1995): Practitioner's Guide to Treating Fear and Anxiety In Children and Adolescents; Cognitive Behavioral Approach. Jason Aronson inc, New jersey.

88. Epkins, C. C. (1996): Affective Confounding in Social Anxiety and Dysphoria in Children: Child, Mother and Father Reports of Internalizing Behaviors, Social Problems, and Competence Domains. Journal of Social and Clinical Psychology, 15, 4, 449-4.

89. Francis &Beidel (1995): Cognitive _Behavioral Psychotherapy, in John march, Anxiety Disorders in Children and Adolescents. New York, The Guilford press, 321-340.

90. Ginsburg et al (1995) Cognitive Behavioral Group Therapy, in Eisen et al: Clinical Handbook of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Jason Aronson inc, New Jersey.

91. Ginsburg, Golda S. ; Riddle, Mark A. ; Davies, Mark(2006). Somatic Symptoms in Children and Adolescents with Anxiety Disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45, 10, 1179-1187.

92. Hollon & Beck (1994): Cognitive and Cognitive Behavioral Therapies Hand Book of Psychotherapy and Behevior Change.

93. Howard&Kendall (1996): Cognitive Behavioral Family Therapy for Anxious Children: Therapist Manual. Ardmore, workbook Publishing, Inc.

94. Hudson, -Jennifer-L; Rapee, -Ronald-(2005): Parental perceptions of overprotection: Specific to anxious children or shared between siblings. Behavior-Change. Vol 22(3), 185-194.

95. Kauffman James. M (2005) Charackerisk, cs y emotional and behave oral Disorders of children and yowh, 8, h print, pearson Merrill prenice Hall.

96. Kearney et al (1995): General Issues Underlying The Diagnosis and Treatment of Child and Adolescent Anxiety Disorders, in Eisen et al. Clinical Handbook of Anxiety Disorders in Children Adolescent, London, Jason Aronson Inc.

97. Kendall & Lochman (1994): Cognitive –Behavioral Therapies, in Rutter, M etal, Child and Adolsecent Psychiatry Modren Approaches. Oxford. Blackwell Scientific Publications, 844-854.

98. Kendall & Treadwell (1996): Cognitive –Behavioral Treatment for Childhood Anxiety Disorders Empirically Based Strategies for Clinical Practice. Washington. D. C, American Psychological Association, 23-41.

99. Kendall. P. C. & Southam-Gerow. M. A (1997): long-Term Follow-up of A Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disordered Youth. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 64, 4, 724-730.

100. Kendall. P. C. (1994): Treating Anxiety Disorders in Children: Results of a Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 1, 100-110.

101. Kendall. P. C. et al (1997): Therapy for Youth with Anxiety Disorders: A Second Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 65, 5, 366-380.

102. Kendall et al (1992): Anxiety Disorders in Youth Cognitive Behavioral Interventions. Boston. Allyn and Bacon.

103. Kendall et al (1992): Cognitive Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual. Ardmore, Workbook Publishing, Inc

104. Kendall et al (1995): The Treatment of Anxiety Disorders in youth. in Eisen et al Clinical Handbook of Anxiety Disorders In Children and Adolescent. Jason Aronson Inc.

105. Kendall et al (1995): The Treatment of Anxiety Disorders in Youth. in Eisen et al, Clinical Handbook of Anxiety Disorders in Children and Adolescent. Newjersey, Jason Aronson inc. 575-597.

106. Kendall, P (1992): Coping Cat Workbook. Ardmore, Workbook Publishing, inc.

107. Kendall, P (1993): Cognitive –Behavioral Therapies with Youth: Guiding Therapy Current Status and Emerging Development. Journal of Consulting and Clinical psychology, 61, 2, 235-247.

108. Kendall, P (1993): Cognitive Behavioral Therapies WithYouthGuiding Therapy Current Status Emerging Developments. JournalOf Consulting and Clinical Psychology, 61, 2, 235-47

109. Kendall, P (1994): Coping Cat Notebook Ardmore, workbook Publishing, Inc

110. Kendall, P (1995): Cognitive Behavioral Therapies with Children An Integrative Overview, In Van Bilsen et al Behavioral Approaches for Children and Adolescents Challenges for the Next Century. Newyork

111. Kendall, p. c et al (1991): Treating Anxiety Disorders in Children and Adolescents. in

Kendall, p, c: Child and Adolescent Therapy Cognitive –Behavioral Procedures. Newyork, The Guilford press, 131-164.

112. Kendall, P et al (1995): Cognitive _Behavioral Therapies with Children and Adolescent An Integrative Overview. in Van Bilsen et al, Behavioral Approaches for Children and Adolescents Challenges For the Next Century. Newyork, Plenum press, 1-18.

113. Kendall, P(1991): Child and Adolescent Therapy Cognitive-Behavioral Procedures. Guilfoad Press, Newyork

114. Kennerly, H (1997): Overcoming Anxiety ASelf – Help Guide Using Cognitive Behavioral Techniques, London, Robinson Publishing Ltd.

115. King&Ollendick(1997): Annotation: Treatment of Chilhood Phobias. Journal of Child Pschology and Psychiatry, 38, 4, 389-400.

116. Last, C et al (1987): Psychiatric Illness in The Mothers of Anxious Children. TheAmercican Journal of Psychiatry, 144, 112, Desember, 1580-1583.

117. Last, C et al (1991): Anxiety Disorders in children and Their Families. Archives of General Psychiatry, 48, 928-934.

118. Last, C et al (1998): Cognitive –Behavioral Treatment of School Phobia. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 4, 404-411.

119. Last, C et al (1983): Comparison of Two Cognitive Strategies In Treatment of Apatient with Generalized Anxiety Disorders. Psychological Reports, 53, 19-20.

120. Leitonberg, H. et al (1986): Evaluation Anxiety And Negative Cognitive Errors in Children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 4, 528-536.

121. Lesniak-Karpiak, Katarzyna; Mazzocco, Michele M. M. ; Ross, Judith L. (2003). Behavioral Assessment of Social Anxiety in Females with Turner or Fragile X Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33, 1, 55-67

122. March, J (1995): Anxiety Disorders in Children and Adolescent. Newyork, Guilford Press.

123. Mary M. Jensen (2005) introducation to Emolional and behavioral Disorders. Ohio, Peqrson Merrill Prentice Hall.

124. Masia & Morris (1998): Anxiety Disorders in Children and Adolescent Clinical Presentation. Anxiety Disorders Association of America. 3-6

125. Mendowitz, S, L et al (1999): Cognitive – Behavioral Group Treatment in Childhood Anxiety Disorders: the Role of Parent Involvement. Journal of The American Academy of Child and Adolescént Psychiatry, 38, 1223-1229.

126. Meyers&Craighead (1984): Cognitive Behavior Therapy with Children. PlenumPress, NewYork.

127. Michelson&Ascher(1987): Anxiety and Stress Disorders: Cognitive Behavioral Assessment and Treatment. Guilfpress, Newyork.

128. Ollendick, T. H. et al (1991): Fears in British Children and Their Relationship to Manifest Anxiety and Depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32, 2, 321-331.

129. Perrin&Last (1986): Worrisome Thoughts in Children Clinically Referred for Anxiety Disorders. Journal of Clinical Child Psychology, 26, 2, 181-199.

130. Perrin, S. (1997): Worrisome Thoughts in Children Clinically Referred for Anxiety Disorder. Journal of Clinical Child Psychology, 26, 2, 181-189.

131. Quille, M (1998); Anxiety Disorders Association of America DSM-iv Checklist for Identifying Anxiety Disorders in Children. Specical Focus on Anxiety Disorders in Children, Adolescents and Young Adults. Anxiety Disorders Association of America, 2nd Edition, 7-19.

132. Rahmatalla et al (1996): Literature Review on Obsessive Compulsive Disorders In Children and Adolescent. The Arab Journal of psychiatry, 6, 4, 161-175.

133. Reynolds & Richmond (1987): What I think and Feel: A Revised Measure of children's Manifest Anxiety, Journal Of AbnormalChild Psychology, 6, 2, 271-280

134. Ronan & Kendall (1994): Negative Affectivity in Children: Development and Validation of a Self -Statement Questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 18, 6, 509-528

135. Ronen, T(1997): Cognitive Developmental Therapy with Children. NewYork, John wiley&Sons.

136. Rosenbaum, J. et al (1992): Comorbidity of Parental Anxiety Disorders As Risk for Childhood – Onset Anxiety in Inhibited Children. American-Journal of Psychiatry, 149, 4, 475-481.

137. Schroeder &Kendall (1996): Cognitive Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual for group Treatment. Ardmore, Workbook Publishing, inc.

138. Silverman & Albano (1996): Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Version. London, The Psychological Corporation.

139. Silverman &Kurtines(1996): Anxiety And Phobic Disorders Pragmatic Approach. New York, plenum press

140. Silverman, W et al (1999): Contigecy Management, Self Control, and Education Support in The Treatment of Childhood Phobic

Disorders: ARandomized Clinical Trail. Journal of Consulting and Clinical psychology, 67, 5, 675-687.

141. Southam-Gerow et al(1997): Cognitive Behavioral Therapy With Children and Adolescents. Child and Adolescents psychiatric Clinics of North America, 6, 1, 111-136.

142. Spence, S(1997): The Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)Structure of Anxiety Symptoms Among Children: A confirmatory Factor - Analytic Study. Journal of Abnormal Psychology, 106, 2, 280, 297.

143. Spence, S (1998): A Measure of Anxiety Symptoms among Children Behavior Research and Therapy, 36, 545-566.

144. Spiehberger, et al (1973)State –Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)USA, Mind Garen.

145. Spiehberger, et al (1979): Understanding Stress &Anxiety. London, Harper&Row Publishers.

146. Strauss, C. et al (1988): Association Between Anxiety and Depression in Children and Adolescent With Anxiety Disorders. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 1, 57-68.

147. Strauss, Cy. D(1988): Behavioral Assessment and Treatment of Overanxiouns Disorders in Children and Adolescent. Behavior Modification, 12, 2, , 234-251.

148. Sutherland, s(1989): Macmillan Dictionary of Psychology, london, Macmillan Reference Book.

149. Thyer, B, A(1991): Diagnosis and Treatment of Child and Adolescent Anxiety. Disorders. Behaivor Midification, 15, 3, 310-325.

150. Treadwell & Kendall (1996): Self-Talk in Youth With Anxiety Disorders: States of mind, Content Specificity, and Treatment Outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 5, 941-950.

151. Weems, Carl F. ; Costa, Natalie M. (2005). Developmental Differences in the Expression of Childhood Anxiety Symptoms and Fears, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 7, 656.

152. Wenck, L. et al (1996): Evaluating The Efficacy of Biofeedback Intervention to Reduce Children Anxiety. Journal of Clinical Psychology, 52, 4, 469-473.

153. Wolpe, J (1990): The Parctice of Behavior Therapy. Fourth Edition, U. S. A., Pergamon press, Inc. Child and Adolescent Psychiatry, 43, 11, 1364

154. Wren, Frances J. ; Bridge, Jeffrey A. ; Birmaher, Boris. (2004). Screening for Childhood Anxiety Symptoms in Primary Care: Integrating Child and Parent Reports. Journal of the American Academy of

قائمة المحتويات







Horus International Institution For Pressing - Publishing - Distribution
144 Tiba st.sporting -Alexandria
website : www.horusint.com